



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico
y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins-Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno de
adaptación ansioso depresivo en paciente con tratamiento
anti retro viral targa y por TBC**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR

Ana Martha Crosby Crosby

LIMA – PERÚ
2014

INDICE

INFORMACION GENERAL.....	4
INTRODUCCION.....	5
I.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL	
1.1.- Nombre del Hospital	6
1.2.- Ubicación y Dirección.....	6
1.3.- Características de infraestructura.....	6
1.4.- Historia del Hospital	8
1.5.- Historia del Servicio de Psicología.....	11
II.- GESTION INSTITUCIONAL	
2.1.- Visión.....	14
2.2.- Misión.....	14
2.3.- Principios de la Seguridad Social.....	14
III.- SERVICIO DE PSICOLOGIA	
3.1.- Visión.....	15
3.2.- Misión.....	15
3.3.- Valores.....	15
3.4.- Principios.....	15
3.5.- Infraestructura del Servicio de Psicología.....	16
3.6.- Horarios de Trabajo.....	16
3.7.- Recursos Humanos.....	16
3.8.- Estructura Funcional.....	16
3.9.- Organización Funcional.....	16
3.10.- Objetivos del Servicio de Psicología.....	17
3.11.- Actividades del Servicio de Psicología.....	17
3.12.- Estadística General 2012, 2013.....	18

IV.- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

4.1. Nombre.....	23
4.2.- Ubicación.....	23
4.3.- Descripción del Servicio de Medicina Interna N° 5 (Piso 7 C)....	23
4.4.- Descripción del Servicio de Infectología (Piso 12 C).....	24
4.5.- Actividades de psicología en Medicina Interna e Infectología.....	27
4.6.- Estadística Individual 2012, 2013.....	29

V.- DESCRIPCION DE ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA

5.1.- Objetivos Generales.....	31
5.2.- Objetivos Específicos.....	31
5.3.- Actividades.....	31
5.4.- Instrumentos de Evaluación.....	40

VI.- PRESENTACION DE CASO CLINICO

6.1.- Anamnesis.....	42
6.2.- Informe Psicológico.....	48
6.3.- Plan de Tratamiento.....	52

VII.- ANEXOS

7.1 Microestructura de Psicología en el HNERM.....	58
7.2 Áreas Médicas con especialistas en Psicología.....	59
7.3 Microestructura de Serv. de Med. Interna e Infectología-HNERM....	60
7.4 Situación pacientes VIH/SIDA HNERM, 1998-2013.....	61
7.5 Edades de pacientes VIH/SIDA HNERM, 1998-2013.....	62
7.6 Portada de CD de Psicorrelajación y Visualización.....	63
7.7 Cuestionario de Valoración a la Adherencia.....	64

VIII.- BIBLIOGRAFIA..... 65

INFORMACION GENERAL

Ana Martha Crosby Crosby, natural de Lima, psicóloga clínica, con registro C.Ps.P 0521, egresada, graduada y titulada en la Universidad Particular Garcilazo de la Vega, trabaja como psicóloga en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins desde hace 32 años habiéndose desempeñado en los Servicios de Salud Mental, Psicología Médica y Consulta Externa.

Desde hace veinte años, labora en el servicio de Infectología del HNERM atendiendo en especial, a pacientes seropositivos y con diagnóstico de SIDA, habiendo realizado estudios como “La Psiconeuroinmunología y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 2002” (Revista Paradigmas, C.Ps.P.) así como la investigación “Relación del Abordaje Psicoterapéutico en la disminución de síntomas clínicos en pacientes VIH-SIDA, desde el enfoque psiconeuroinmune”(Crosby, 2005), HNERM y artículos psicológicos en Revistas científicas nacionales e internacionales.

Forma parte del Staff Profesional de la Clínica Tezza.

El año 2005 fundó el Instituto Peruano de Psicología de la Salud e Investigaciones Psicosociales (IPPSIP), de la cual es actualmente Presidenta, como respuesta a la inquietud de la pérdida progresiva de valores en niños, jóvenes y adultos y consecuentemente en su estrecha relación con la pobreza de la calidad de vida de nuestra población.

INTRODUCCIÓN

Los 32 años de servicio profesional en Psicología permitieron obtener una riqueza de experiencia en el ámbito clínico y de la salud, gracias a la labor con los pacientes que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. En efecto, el trabajo hospitalario en el campo de la salud mental y de la psicología médica llevan a estar en continuo avance del aprendizaje de los conocimientos estratégicos para llevar a cabo las evaluaciones e intervenciones psicológicas más idóneas, todo lo cual no ha hecho más que acrecentar la premisa que las teorías de las diferentes escuelas psicológicas así como sus diversos modelos y estrategias de intervención se deben adaptar a cada caso y personalidad humana y a partir de ello desarrollar y ampliar conocimientos sobre nuevos métodos y técnicas científicas de intervención y abordaje al usuario que nos permitirán alcanzar el objetivo principal de la psicología: lograr el equilibrio y la salud integral de nuestra población hospitalaria.

La permanente práctica asistencial siempre ha sido motivación para desarrollar la intervención desde el enfoque psiconeuroinmunoendocrino y así obtener la comprensión necesaria del estado integral del paciente en la delicada labor que se cumple en pacientes con enfermedades crónicas y terminales, sobre todo, con pacientes que desde el año 90 se han venido atendiendo con el propósito de aliviar y eliminar la desazón y angustia así como los estados depresivos desencadenados no solo por la enfermedad sino también ante diagnósticos como el de ser paciente seropositivo y además con SIDA debiéndose afrontar asimismo la marginación social.

El trabajo asistencial como Psicóloga ha sido fundamentalmente ejercido en Consultorio Externo y en el Servicio de hospitalización realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y está principalmente referido a la evaluación diagnóstica y a la intervención psicoterapéutica de los pacientes atendidos así como a la labor preventiva promocional y a la realización de investigaciones y estudios que el HNERM promueve, difunde y apoya debido a que nuestra institución es un Hospital Docente permitiendo una interacción gratificante y continuamente estimulante para dejar un aporte a la comunidad científica.

I.- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1.- Nombre del Hospital

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

1.2.- Ubicación y Dirección

Av. Edgardo Rebagliati 490, Distrito de Jesús María, Lima, Perú.

1.3.- Características de infraestructura

El Hospital Edgardo Rebagliati fue inaugurado en 1958 durante el gobierno del general Manuel A. Odría. Fue construido y equipado por la Caja Nacional del Seguro Social del Empleado, bajo la gerencia del Sr. Jorge Aubry Bravo.

El diseño estructural del hospital fue desarrollado por Edward D. Stone & A.L. Aydelott Associated Architects de Memphis, Tennessee, USA, en el año de 1952.

Este hospital durante la década de los 60 fue considerado como uno de los mejores de la seguridad social en el mundo. Está ubicado en el perímetro comprendido por el frente con la Av. Edgardo Rebagliati, por la izquierda con el Jr. Miller, por la derecha con la Av. Salaverry y por el fondo con el Jr. Coronel Zagarra, en el distrito de Jesús María. Posee un área construida de 149,052 m² donde destacan 6 edificios principales. Dentro de estos el edificio principal cuenta con 3 bloques de 14 pisos (Pabellón A, B y C) y dos entresijos. El hospital cuenta en la actualidad con 1417 camas al servicio de los asegurados (camas operativas: 1300). Desde su inauguración hasta la fecha, ha sido objeto de varias remodelaciones y ampliaciones así como de construcción de nuevos ambientes como el área de salud mental, área de hemodiálisis, área de emergencia pediátrica, emergencia gineco-obstétrica y emergencia de salud mental.

PABELLÓN A

El pabellón A es un edificio que tiene 13 pisos, un sótano y dos mezanines. Este pabellón es una edificación cuyo sistema estructural es de pórticos de concreto armado compuesto de columnas y vigas, tiene como techo una losa aligerada armada en un solo sentido de 35 cm. y su cimentación es del tipo zapata aislada. Los vanos en número de once son de una longitud de 7.30 m. en la dirección paralela a la Av. Rebagliati, con excepción del vano esquinero con la escalera que es de 4.15m.; en la

dirección perpendicular se tienen crujías de 4.70 m., 5.30 m. y 5.40 m. con alturas promedios de 3.10 m.

Ha de mencionarse la existencia de placas de concreto armado en el sótano en la esquina que da a la Av. Rebagliati en longitud de tres vanos, paralelo a la Av. Salaverry y paralelo al Jr. Coronel Zegarra en una longitud de tres vanos. El pabellón "A" está separado del pabellón B mediante una junta de dilatación de 25 cm. En su interior se han utilizado muros de albañilería como elementos divisorios de ambientes. Al año 1997 el área techada del pabellón es de 15,610.831 m². En los niveles 1A y 13A la losa de concreto se encuentra del lado de la escalera, estando techado el resto del piso con falso cielo que cuelga de la losa del piso 14.

PABELLÓN "B"

El pabellón "B" tiene 14 pisos, un sótano, dos mezanines, una estructura apéndice en lo alto del edificio donde se encuentran los tanques de agua. Es una edificación de pórticos de concreto armado compuestos por columnas y vigas, con techo aligerado de 35 cm. armado en un solo sentido y su cimentación es del tipo zapata aislada. La luz promedio de los vanos es de 7.30 m y con alturas de columnas en el piso típico de 3.10 m. El pabellón está separado de los bloques A y C mediante juntas de dilatación de aproximadamente 25 cm. En su interior se han utilizado muros de albañilería como elementos divisorios de ambientes. Tiene en la actualidad un área construida de 41,338 m².

PABELLÓN "C"

El pabellón C es un edificio que tiene 13 pisos y un sótano y dos mezanines, es una edificación cuyo sistema estructural es de pórticos de concreto armado compuesta de columnas y vigas, tienen como techo una losa aligerada armada en un solo sentido de 35 cm. y su cimentación es del tipo zapata aislada. Los vanos en número de diez son de una longitud de 7.30 m. en la dirección paralela al Jr. Rebagliati, con excepción de una crujía esquinera con longitud de 4.15 m; en la dirección perpendicular se tienen crujías de 5.75 m., 5.30 m. y 5.35 m. con alturas promedio de 3.10 m. El pabellón C

está separado del pabellón B mediante una junta de dilatación de 25 cm. En su interior se han utilizado muros de albañilería como elementos divisorios de ambientes. Actualmente el área techada del pabellón es de 14337.16 m². En los niveles 1A y 13A la losa

de concreto se encuentra del lado de la escalera, estando techado el resto del piso con falso cielo que cuelga de la losa del piso 14.

1.4.- Historia del Hospital

En 1936 el gobierno de Benavides convocó a los doctores Edgardo Rebagliati Martins, Guillermo Almenara Irigoyen y Juan José Calle para elaborar el proyecto del Seguro Social del Obrero. El 12 de agosto de 1936 se dictó la Ley N° 8433 de prestaciones asistenciales y económicas en los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; ese mismo año se aprobó la Ley N° 8433 de Jubilación Obrera, y cinco años después se inauguró el Hospital del Obrero.

Hasta entonces los principales hospitales pertenecían a la Beneficencia Pública de Lima, y tenían muchas limitaciones económicas; en ese sentido la aparición de los hospitales del Seguro Obrero fueron una novedad. En esos años el Superintendente de los hospitales del Seguro Obrero era el doctor Guillermo Almenara Irigoyen.

Durante el Gobierno de Bustamante y Rivero -en 1946- se dio la Ley N° 10624, que fue la primera norma de jubilación para los empleados; en 1947 el Congreso promulgó la Ley que creó el “Seguro Social del Empleado Público y Particular”.

En 1948 el doctor Rebagliati fue convocado por el gobierno de Odría para dirigir la Gerencia de la Caja Nacional del Seguro Social del Obrero. El 19 de noviembre de 1948 la Junta Militar de Gobierno promulgó el Decreto Ley N° 10902 que creó el ‘Seguro Social Obligatorio del Empleado’.

La Comisión de Creación del Seguro Social del Empleado empezó sus funciones en 1948, su proyecto avanzó paralelo al de la construcción del Hospital del Empleado, emulando al Seguro Obrero que tenía su hospital desde 1941. El primer gerente general del Seguro Social del Empleado fue el Sr. Jorge Aubry.

El terreno donde se edificó el Hospital Rebagliati perteneció a la Universidad de San Marcos, a cambio le entregaron los terrenos de la Huaca Concha. En esa zona en la primera gestión del presidente Manuel Prado se había edificado a medio construir un estadio, ese estadio y los terrenos aledaños pasaron a propiedad de San Marcos y allí se edificó la ciudad universitaria.

La División de Servicios Hospitalarios del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norte América fue elegida consultora, y a través de ella se encargó a los arquitectos norteamericanos Edward Stone y Al Aydelott la preparación del proyecto de construcción del Hospital del Empleado.

El año 1951 el presidente Odría puso la primera piedra del Hospital del Empleado. La obra fue impulsada por el ministro de Salud Pública y Asistencia Social Edgardo Rebagliati Martins, sin embargo no logró verlo inaugurado porque falleció en 1957.

Los inicios del Hospital

El presidente Odría apreciaba al Hospital del Empleado, sabía que era la obra representativa de su gestión en Seguridad Social, pero faltaba equiparlo para dejarlo funcionando. El 24 de julio de 1956 (4 días antes de entregar el poder) “inauguró el edificio” dejando una placa de bronce en el primer piso del Hospital, en la placa también se agradecía por haber “intervenido en la ejecución de la obra” a los ministros de salud pública: Edgardo Rebagliati Martins, Luis N. Sáenz, Armando Montes de Peralta y Jorge de la Romaña Plazolles.

El 11 de julio de 1958 se dictó el Decreto Supremo 13016 del Estatuto Provisional del Seguro Social del Empleado, ese mismo año se terminó de equipar el “elefante blanco” de 14 pisos bajo la dirección del gerente de la Caja Nacional del Seguro Social del Empleado el doctor Jaime Diez Canseco.

A partir del 15 de julio de 1958 un buen número de jóvenes se inscribió para el proceso de selección de trabajadores del nuevo hospital, el 18 de octubre de 1958 se incorporaron al hospital los profesionales elegidos: 135 médicos, 33 odontólogos, 21 farmacéuticos, 50 obstetrices, 17 dietistas y 148 enfermeras; asimismo ingresaron 109 auxiliares de enfermería, 325 empleados generales y 200 obreros. Durante quince días los nuevos trabajadores visitaron sus ambientes de trabajo, formaron equipos de trabajo, revisaron la operatividad de los equipos, entre otras actividades.

A las 10 de la mañana del 3 de noviembre de 1958 se inauguró el Hospital del Empleado con 466 camas operativas, el doctor Francisco Sánchez Moreno, ministro de Salud y Asistencia Social, presidió el acto inaugural, la bendición estuvo a cargo del obispo auxiliar de la Arquidiócesis de Lima, José Dammert Bellido; dadas las circunstancias de tensión que el gremio médico vivía, la ceremonia no duró mucho, el discurso principal fue dado por el Sr. Jaime Diez Canseco, gerente general de la Caja Nacional del Seguro Social del Empleado.

El doctor Guillermo Kaelin de la Puente fue el primer director y superintendente general del Hospital del Empleado hasta 1968. Ese mismo día se atendieron 20 personas aseguradas. La señora Graciela Hernando Farromeque de Moreno, esposa del asegurado Sr. Eduardo Moreno de Ubilluz fue la primera paciente que solicitó atención médica, lo hizo a las 9:15 de la mañana, 45 minutos antes de la ceremonia de inauguración; a las 10:40 am la señora Lidia de Cano dio a luz al primer bebé del nuevo Hospital; también esa mañana se realizó la primera intervención quirúrgica, el doctor Adolfo Guevara extirpó una apéndice cecal.

El primer hospital del país

El Hospital ha tenido tres nombres en cincuenta años: Hospital del Empleado, Hospital Central N° 2 y Hospital Nacional 'Edgardo Rebagliati Martins', sus nombres están enlazados a las diferentes etapas del Seguro Social: Seguro Social del Empleado, Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), y –actualmente- Seguro Social de Salud (EsSalud).

En 1961 se aprobó el Estatuto Definitivo (Ley 13724) que incluían los sistemas de atención directa y de libre elección. En 1973 el Gobierno del general Velasco ("Plan Inca") creó el Sistema Nacional de Pensiones (Ley 19990) fusionando administrativamente el Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado; el 27 de noviembre de 1975 el Hospital del Empleado pasó a llamarse Hospital Central N° 2.

La Constitución de 1979 declaró a la Seguridad Social como una institución autónoma y descentralizada, así se inició la era del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS); Morales Bermúdez -12 días antes de dejar el poder- da el Decreto ley 23161 y crea el IPSS. En 1981 el Hospital Central N° 2 pasó a llamarse Hospital Nacional 'Edgardo Rebagliati Martins'. La Ley 27056 del 30 de enero de 1999 creó el Seguro Social de Salud (EsSalud) durante el gobierno de Fujimori.

El Seguro Social del Perú (EsSalud) atiende a siete millones de asegurados, pero solo dos millones y medio son aportantes; para su atención dispone de una amplia infraestructura hospitalaria en todo el país. En Lima tiene dos hospitales nacionales: Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" y Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen"; en el Callao tiene uno: Hospital Nacional "Alberto Sabogal Sologuren". Los hospitales nacionales en su área de influencia tienen sus redes hospitalarias.

El Hospital Rebagliati es un complejo hospitalario dedicado al cuidado de los enfermos, la preservación de las enfermedades y la docencia; su personal está conformado por 1,100 médicos (sin incluir a los médicos residentes), 1,500 enfermeras, 46 nutricionistas, 41 psicólogos, 60 tecnólogos médicos, 890 auxiliares y técnicos de enfermería y 350 trabajadores administrativos.

En la actualidad cuenta con 1500 camas, en sus consultorios externos se atienden a dos mil pacientes diarios y en sus quirófanos se realizan mil doscientas intervenciones quirúrgicas mensuales. El Departamento de farmacia atiende un promedio de aproximadamente trece mil recetas diarias (consulta externa, hospitalización, altas y emergencia)

La Dra. Malú Arias Schreiber es la actual Gerente General del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" y cuenta directamente con el apoyo de la Gerencia Clínica, la Gerencia Quirúrgica, Gerencia de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento y la Oficina de Administración.

La Gerencia Clínica comprende 33 Servicios en sus diez Departamentos: Emergencia, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Aparato Digestivo, Oncología, Hematología, Salud Mental, Neurología, Pediatría, y Enfermedades Sistémicas.

La Gerencia Quirúrgica integra a todos los usuarios del Centro Quirúrgico: Cirugía, Anestesiología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Ginecología y Obstetricia, Urología, Ortopedia y Traumatología.

En la Gerencia de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento están el Departamento de Anatomía Patológica, Departamento de Enfermería, Departamento de Farmacia, Departamento de Imagenología, Departamento de Patología Clínica, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación y el Departamento de Apoyo Médico; éste último incluye a Nutrición, Trabajo Social, Psicología y el Centro de Abastecimiento.

El Hospital es líder nacional en trasplantes, en sus instalaciones dispone de las modernas unidades de cuidados intensivos y el principal centro de hemodiálisis del país que funciona las 24 horas. Dispone de modernas unidades como la Unidad de Radiología Vascular e Intervencionista, Unidad de Soporte Nutricional Artificial, Unidad de Hemorragia Digestiva, Unidad de Hígado, Unidad de Farmacología Clínica, entre otras. Tuvo la primera Comisión Hospitalaria de Lucha Contra el SIDA.

Es un hospital docente que tiene convenios con todas las universidades, lo que permite la rotación en sus instalaciones de alumnos, internos y médicos residentes de todas las especialidades; también muchos estudiantes y especialistas del extranjero se han beneficiado a través de becas y pasantías.

En sus auditorios todas las Sociedades científicas realizan sus congresos y cursos nacionales e internacionales. Sus profesionales participan de cursos y congresos en todas partes del mundo y sus médicos han ganado importantes premios científicos.

1.5.- Historia del Servicio de Psicología

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Herlinda Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Zaida Valcárcel, las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: a Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. Situación que genera en 1986 la necesidad de la creación del Departamento de Psicología, terminando la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico Tratamiento, con 4 Servicios: 1).- Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Dr. Eduardo Valdizán. 2).- Servicio de Psicología de Neuropsicología, a cargo del Ps. Dr. Julio Santos. 3).- Servicio de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Dra. Elsa Rodríguez. 4).- Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta. En 1985, el Dr. Estrada, luego de asumir la Jefatura del Departamento de Psicología del Hospital Rebagliati, diversificó la intervención de los psicólogos en los diferentes servicios médicos como: Pediatría, Neurología, Neurocirugía, Cardiología, Oncología, Hematología, Reproducción humana, Obstetricia, Gastroenterología, Hemodiálisis, Medicina Física y Rehabilitación y Medicina Preventiva; saliendo del ámbito exclusivo de la psiquiatría que era una añeja y enraizada concepción hospitalaria. Estas gestiones las realizó con valentía y perseverancia, venciendo el cansancio y las incomprensiones y cada logro que

obtenía, lo disfrutaba con humildad, siendo además de visionario, el que inició la psicología clínica y de la salud en el Perú con estas nuevas especialidades. Actualmente, son 25 las Especialidades Médicas que cuentan con Psicólogos.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades afines que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurada, quedando 2 Servicios: 1).- El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María de Carmen Torres y 2).- El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz.

Posteriormente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología pasa a convertirse en el Servicio de Psicología, a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

En 1996, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Berenice de la Torre Sobrevilla, hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral. Posteriormente el Ps. Jorge Landauro asumió el cargo durante el 2013 y lo continuó el Ps. Ramón Vera hasta la actualidad.

II.- GESTION INSTITUCIONAL (ESSALUD)

2.1.- Misión

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

2.2.- Visión

“Ser una Institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

2.3.- Principios de la Seguridad Social

La seguridad social integral se basa en los siguientes principios:

- a) Universalidad: Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- b) Solidaridad: Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.
- c) Igualdad: La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe todo tipo de discriminación.
- d) Unidad: Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- e) Integralidad: El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- f) Autonomía: La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

III.- SERVICIO DE PSICOLOGIA

3.1.- Visión

“Ser un servicio líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

3.2.- Misión

“Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promocionales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida”

3.3.- Valores

- **Integridad:** ejecución de acciones conforme a las normas éticas y sociales en las actividades relacionadas con la práctica clínica.
- **Responsabilidad:** cumplimiento de las actividades y funciones de los respectivos manuales de manera óptima, en el tiempo estipulado y con los medios disponibles.
- **Sensibilidad social:** habilidad que se puede inferir con base en los comportamientos que denoten conciencia de los demás y del entorno, así como de la influencia que se ejerce sobre ambos. Emitir comportamientos que reflejen el reconocimiento de los sentimientos de los demás.
- **Juicio:** consideración de factores y posibles desarrollos de la acción a la luz de los criterios relevantes.

3.4.- Principios

Los principios que orientan los procesos de atención del Servicio de Psicología clínica son:

- Accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad y pertinencia en el servicio al asegurado.
- Satisfacción global del usuario con los servicios de atención recibidos.
- Apoyo constante en fuentes de conocimiento científico actualizado.

- Ejercicio profesional ético y competente, el cual se considera un elemento fundamental dentro del perfil del psicólogo del Servicio de Psicología.

3.5.- Infraestructura del Servicio de Psicología

El Servicio de Psicología se encuentra ubicado en el pasadizo central de Hospital (primer piso) y está conformado por 3 pequeños ambientes: un ambiente es de la jefatura, otro ambiente es el despacho secretarial y otro destinado a procedimientos varios como terapia individual o grupal. Demás está decir que esta infraestructura es insuficiente e incómoda para los usuarios.

3.6.- Horarios de Trabajo

El Servicio de Psicología tiene un horario de lunes a sábado, pudiendo ser de 8am. a 2pm., 12m. a 6pm. y de 2pm. a 8pm. Se trabaja a razón de 36 horas semanales o 150 horas mensuales.

3.7.- Recursos Humanos

En la actualidad el Servicio de Psicología cuenta con 37 psicólogos y dos auxiliares administrativas.

3.8.- Estructura Funcional

La estructura funcional de acuerdo al ROF institucional se enmarca como un Servicio Asistencial perteneciente al Departamento de Apoyo Médico, de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento de la Red Asistencial Rebagliati.

3.9.- Organización Funcional

Para el cumplimiento de sus objetivos, el Servicio de Psicología está dividido en tres Áreas Funcionales: Área Médica, Área de Salud Mental y Área de Pediatría.

El Área Médica, comprende a los psicólogos adscritos a los servicios de: Medicina Física y Rehabilitación, Neuropsicología, Infectología, Cardiología, Nefrología, Ortopedia y Traumatología, Oncología, Hematología, Ginecología Oncológica, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Gastroenterología, Obstetricia, Enfermedades Sistémicas, Clínica del Dolor, Hemodiálisis y Emergencia.

El Área de Salud Mental, comprende a los psicólogos adscritos a los servicios de: Consulta Externa, Hospitalización Psiquiátrica, Hospitalización Parcial General, Hospitalización Parcial de Farmacodependencia, Programa de Psicogeriatría, Programa de Adolescentes, Emergencia de Salud Mental y Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.

El Área de Pediatría, comprende a los psicólogos adscritos a los servicios de: Clínica Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Emergencia Pediátrica y Consulta Externa.

3.10.- Objetivos del Servicio de Psicología

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son transferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de psicología.
- Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.

3.11.- Actividades del Servicio de Psicología

En la actualidad desarrollamos nuestras actividades en 31 de los Servicios Médicos del Hospital.

Nuestro trabajo se desarrolla en las áreas de Hospitalización, Consulta Externa, Áreas Críticas y Emergencia, Hospitalización Parcial.

La demanda que atendemos se da a través de interconsultas en Consulta Externa, y atención directa e interconsultas en los servicios de Hospitalización.

También participamos en los procesos de selección de personal y en los programas de mejoramiento del Clima Organizacional de la Institución.

1. Evaluación y diagnóstico en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores

- Evaluaciones psicológicas
- Evaluaciones Neuropsicológicas
- Evaluaciones de discapacidad
- Orientación Vocacional

2. Procedimientos terapéuticos

- Restitución de habilidades
- Terapia del lenguaje (Niños- adolescentes)
- Terapia de aprendizaje (Niños)
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de pareja
- Psicoterapia de familia
- Psicoterapia grupal
- Terapia de conducta
- Talleres de memoria (estimulación cognitiva- adulto mayor, terapia cognitiva conductual)
- Psicorrelajación

3. Procedimientos de Psicología organizacional

- Evaluación del clima laboral
- Talleres de mejoramientos del clima laboral
- Participación proceso de selección de personal
- Talleres de manejo del estrés y relaciones interpersonales

4. Procedimientos de prevención (individual y grupal)

- Atención ambulatoria individual
- Campañas de detección de problemas de aprendizaje, lenguaje y emocionales.
- Campañas de detección de estrés, ansiedad y depresión
- Talleres preventivos promocionales para el desarrollo de estilos de vida saludables.
- Educación grupal
- Consejería

3.12.- Estadística General 2012, 2013

A continuación presentamos la estadística de pacientes atendidos por el servicio de Psicología, tanto ambulatorios como hospitalizados, correspondiente a los años 2012 y 2013.

EsSalud
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Oficina de Informática y Estadística

AMBULATORIOS

2012

	DIAGNOSTICOS	Código	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
1	Trastorno De Adaptación	F43.2	224	420	320	340	386	360	389	282	299	513	326	178	4037
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F41.2	137	220	192	137	113	130	88	127	51	124	151	70	1540
3	Trastorno del Habla y del Lenguaje	F80.0	17	10	34	18	106	19	19	21	6	26	30	18	324
4	Episodio Depresivo	F32	50	92	98	44	27	68	98	59	306	88	322	217	1469
5	Trastorno Cognitivo Leve	F06.7	24	25			71	32	38	14	9	42	27	41	323
6	Trastorno de Conducta	F91	25	14	24	40	35	34	34	55	38	48	16	24	387
7	Trastorno Esquizofrénico	F20	53	40	66	67	8	21	30	8	0	16	4	8	321
8	Trastorno de Hiperactividad	F90	9	22	43	38	27	16	20	24	0	18	45	20	282
9	Demencia	F00	43	10	38	51	61	30	25	42	7	9	35	9	360
10	Retardo del desarrollo	R62	11	25	16	14	34	12	12				3	12	139
11	Retardo Mental	F70					22	16	18	20	9	12	8	7	112
12	Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z73	9	21	21	0	25	49					1		126
13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	10								6			7	27	40
14	OTROS		107	56	13	71	78	116	84	30	117	122	133	80	1007
		TOTAL	709	955	865	820	993	903	855	688	842	1018	1108	711	10467

EsSalud

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Oficina de Informática y Estadística

HOSPITALIZACION

2012

	DIAGNOSTICOS	Código	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Trastorno De Adaptación	F43	420	449	460	541	596	766	837	850	1201	653	522	684	7979
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F41.2	91	212	220	220	229	104	103	369	102	102	92	65	1909
3	Episodio Depresivo	F32	220	78	134	210	140	56	190	89	105	363	193	314	2092
4	Trastorno Cognitivo Leve	F06.7	31	72	29	47	60	31	67	83	33	75	64	62	654
5	Trastorno de Conducta	F91	18	29	26	24	30	22	9	6	16	14	17	5	216
6	Trastorno Esquizofrénico	F20	35	32	44	56	26	16	32		45	29	53	52	420
7	Trastorno de Hiperactividad	F90							10	6	3		12	2	33
8	Trastorno del Habla y del Lenguaje	F80.0	15	19	12	13	33	10	10	4	3	22	6	0	147
9	Demencia	F00	27	17	22	12	62	34	59	51	15	38	42	42	421
10	Retardo Mental	F70			5	6				7	6	22	4	6	56
11	Retardo del desarrollo	R62	5	12	19	30	63	33						11	173
12	Trastorno Depresivo Recurrente	F33	98	98			220	144	46	20	20	24			670
13	OTROS		59	65	60	68	0	109	72	107	217	122	211	110	1200
		TOTAL	1019	1083	1031	1227	1459	1325	1435	1592	1766	1464	1216	1353	15970

EsSalud

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Oficina de Informática y Estadística

AMBULATORIOS

2013

	DIAGNOSTICOS	CODIGO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
1	Trastorno De Adaptación	F43.2	629	297	262	206	239	220	254	209	189	254	227	162	3148
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F41.2	174	144	96	151	155	101	127	112	111	112	142	220	1645
3	Trastorno del Habla y del Lenguaje	F80	21	22	23	19	9	27	16	18	16	16	20	19	226
4	Episodio Depresivo	F32	57	30	82	77	50	88	111	97	76	63	120	107	958
5	Trastorno Cognitivo Leve	F06.7	5	1	8	18	25	11	15	23	38	5	17	12	178
6	Trastorno de Conducta	F91	28	34	31	28	23	28	33	31	21	30	37	32	356
7	Trastorno Esquizofrénico	F20	11	21	24	38	64	18	18	18	17	12	13	15	269
8	Trastorno de Hiperactividad	F90	20	25	33	23	19	14	17	14	31	8	9	11	224
9	Demencia	F00	19	16	32	26	41	20	48	40	20	64	46	15	387
10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F10	9	5	16	14	5	10	5	5	19	4	5	7	104
11	Retardo Mental	F70	10	6	9	11	17	11	13	14	9	10	15	13	138
12	Retardo del desarrollo	R62	6	6	6	7	12	7	14	10	11	12	14	5	110
13	Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z73	2	1	2	0	4	5	1	0	0	8	7	1	31
14	Otros		78	98	116	114	142	103	80	65	74	85	120	49	1124
	TOTAL		1069	706	740	732	805	663	752	656	632	683	792	668	8898

HOSPITALIZACION

2013

	DIAGNOSTICO	CODIGO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
1	Trastorno De Adaptación	F43.2	426	642	596	416	643	593	639	781	669	746	911	702	7764
2	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F41.2	153	176	114	180	93	172	178	166	106	146	157	78	1719
3	Episodio Depresivo	F32	407	89	95	302	237	111	135	163	206	171	153	194	2263
4	Trastorno Cognitivo Leve	F06.7	31	64	44	55	49	81	41	103	46	103	70	54	741
5	Trastorno de Conducta	F91	1	10	18	17	8	56	13	10	33	15	19	21	221
6	Trastorno Esquizofrénico	F20	50	48	44	82	78	75	81	78	56	65	95	64	816
7	Trastorno de Hiperactividad	F90	2	12	13	11	8	14	13	8	18	5	5	9	118
8	Trastorno del Habla y del Lenguaje	F80	19	6	7	12	6	14	13	15	15	35	10	20	172
9	Demencia	F00	71	27	101	43	49	36	32	81	54	39	46	74	653
10	Retardo Mental	F70	9	8	3	9	4	5	7	7	7	1	11	12	83
11	Retardo del desarrollo	R62	5	5	5	6	5	11	8	5	3	4	9	3	69
12	Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z73	3	5	14	18	17	25	18	22	7	1	29	29	188
13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F10	22	1	8	4	7	10	44	4	1	8	10	10	129
14	OTROS		0	112	126	82	142	115	151	112	50	91	62	81	1124
	TOTAL		1199	1205	1188	1237	1346	1318	1373	1555	1271	1430	1587	1351	16060

IV.- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

4.1.- Nombre

Servicios de Medicina Interna N°5 y de Infectología, pertenecientes al Dpto. de Medicina Interna-HNERM.

4.2.- Ubicación

Piso 7-C y 12-C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

4.3.- Descripción del Serv. de Med. Interna N° 5 (Piso 7 C)

El Servicio de Medicina Interna N° 5 ubicado en el Piso 7 pabellón C pertenece al Departamento de Medicina Interna conjuntamente con otros 6 servicios, y el Departamento depende de la Gerencia Médica, que a su vez depende de la Gerencia General del Hospital.

El área de hospitalización cuenta con 15 cuartos individuales y 24 cuartos dobles, con un total de 39 camas; del total de las camas 35 son generales y 4 son camas de cuidados intermedios destinadas a pacientes más críticos. El servicio además cuenta con un área destinada a las labores académicas con mobiliario.

El Servicio cuenta con diez (10) médicos en total, un jefe, ocho médicos internistas y un médico internista y geriatra; cuatro (4) pertenecientes al Régimen Laboral N° 276 y seis (6) al Régimen Laboral N° 728.

Dependiente del servicio se encuentra la Unidad de Atención Integral al Anciano Frágil, ésta es una Unidad Funcional que realiza sus actividades asistenciales, de capacitación a nivel del hospital y en la RAR, estando a cargo del médico geriatra a tiempo parcial y coordinado por la Psicóloga del Servicio de Psicología.

Las actividades de los médicos del Servicio se realizan en hospitalización, consulta externa una vez por semana en turno de 4 horas en el consultorio N° 56, y en emergencia de acuerdo a un rol de guardias establecido por el Departamento, actualmente 7 médicos del servicio realizan guardias 4 a 5 veces al mes.

Durante el año 2012 hubo 1,241 egresos hospitalarios en el Servicio N° 5 (Piso 7 c) de Medicina Interna, de los cuales 841 fueron de pacientes mayores de 60 años, es decir el 68 % de todos los egresos; caso similar ocurre en la Unidad de Cuidados Intermedios, donde 221 de los 298 egresos fueron de pacientes mayores de 60 años, representando el 74 %. Si nos referimos a la

población mayor de 80 años, representan el 26 % de los egresos hospitalarios y el 33 % de los egresos de UCIN.

CI10	DIAGNOSTICO	Nº PACIENTES	PROM. ESTANCIA
A41	OTRAS SEPTICEMIAS	98	9.5
J18	NEUMONIA, ORGANISMO NO ESPECIFICA	77	10
N39	INFECCIÓN DEL SISTEMA URINARIO	56	8.7
K85	PANCREATITIS	49	14
I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	39	8.24
	PATOLOGIA VIAS BILIARES	35	8.57
I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGU	31	15.65
J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO CL	31	8.07
E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPE	27	11.46
K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DI	21	7.58
N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	17	8.7
C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	17	14.4
C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y	16	16.8
J84	ENF PULMONAR INTERT	15	7.8
C71	TUMOR ENCEFALO	14	13
I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULA	13	11.3
A15	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	13	13.7
C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	10	10
J96	TUMOR SITIO NO ESPECIFICADO	9	16.5
G93	OTROS TRASTORNOS DEL ENCEFALO	9	9.51

4.4.- Descripción del Servicio de Infectología (Piso 12 C)

En el servicio de hospitalización piso 12 C del Hospital Rebagliati se encuentra la especialidad de MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGIA hospitalaria donde se estudia, evalúa, y se brinda el tratamiento de las enfermedades de los órganos internos de la cual se derivan subespecialidades como cardiología, neumología gastroenterología, neumología autoinmunes entre otras.

En el piso 12 C se tratan asimismo enfermedades de síndrome de infección aguda, polineuropatía, gastroenterocolitis infecciosas, enfermedades cerebrovasculares, TBC, pulmonares, fiebres, cáncer y otros derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SIDA.

El servicio de Medicina Interna e Infectología consta de doce habitaciones individuales que se reservan para pacientes con sida. En 10 habitaciones compartidas se encuentran pacientes con afecciones agudas, crónicas o terminales. Se encuentran 32 pacientes hospitalizados en rangos entre 25 y 75 años, siendo el porcentaje más elevado en pacientes de 40 a 60 años.

En el consultorio 54 ubicado en el primer piso, se atiende a los pacientes con VIH SIDA, se les registra en el Programa de atención de infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA, donde una enfermera administra y registra los ingresos de pacientes con SIDA y a aquellos que se sospecha de ser portadores de VIH a los cuales se les autoriza la toma de muestra de la Prueba de ELISA y de WESTERN BLOT. Una vez dados de alta proceden a integrarse al programa para el tratamiento médico y psicológico.

El SIDA ha sido causante de la mortalidad de cerca de 33 millones de personas en todo el mundo. El continente más afectado sigue siendo África, con 26 millones de casos y un porcentaje de seropositivos de entre 28 y 30% de la población.

El crespón rojo es el emblema visual más utilizado en todo el mundo para recordar la lucha contra esta enfermedad y se usa con objeto de que aumente la conciencia pública en su prevención y su tratamiento.

A pesar de los avances registrados en los últimos años y de la información y formación existente, los [expertos](#) alertan del incremento de casos en los menores de 20 años, este riesgo creciente resulta especialmente manifiesto en las mujeres jóvenes que constituyen el 64% de los jóvenes de los países en desarrollo que viven con VIH. Por lo que la prevención es aún la asignatura pendiente pues queda mucha información por difundir.

El área en la que quizás se haya logrado un avance más significativo es en la reducción de nuevos casos de infecciones por el VIH en niños, en los últimos dos años a nivel mundial dándose así cumplimiento a uno de los objetivos del milenio para el 2015: Acabar con la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida

El informe (ONU) revela que la terapia antirretroviral se está consolidando como una poderosa fuerza de cambio para salvar vidas. En los últimos 24 meses, el número de personas con acceso al tratamiento ha aumentado en un 63% a escala mundial dándose así cumplimiento a otro objetivo del milenio para el 2015: Proporcionar acceso universal a la terapia antirretroviral a las personas seropositivas que reúnen las condiciones para recibirla.

El informe indica que en los países están aumentadas las inversiones destinadas a la respuesta al sida, a pesar del difícil clima económico actual. La brecha mundial en cuanto a los recursos que se necesitan anualmente para 2015 es de un 30%. En 2011, se disponía de 16 800 millones de dólares estadounidenses, y se necesitan entre 22.000 y 24.000 millones.

De los 33 millones de personas infectadas por VIH, en el mundo, 1.4 millones residen en América Latina y, según la [Organización Mundial de la Salud](#) en 2009, aproximadamente 75 000 estarían viviendo en Perú.

El [reporte global](#) de ONUSIDA trae además una muy buena noticia para nuestro país pues se indica que entre el año 2005 y el 2011, el Perú logró reducir en 55% el número de muertes relacionadas con el VIH. La cifra se refiere al número de seropositivos que fallecieron por tuberculosis en el país y que cayó de 6.722 a 3.029.

Perú, destacó ONUSIDA, es uno de los países que redujo en mayor proporción los fallecimientos por sida en el mundo. El primer lugar de la lista lo comparten Camboya y Tailandia que en seis años redujeron en 77% los fallecimientos. En República Dominicana los casos disminuyeron en 61%.

Ana María Roscano, asesora de la [Red SIDA](#) PERÚ, dijo que desde el año 2004 el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para pacientes con VIH es gratuito en nuestro país, lo cual ha reducido considerablemente las muertes por Sida.

En el Perú el programa de control de Infecciones de Transmisión sexual del MINSA desde el primer caso registrado EN 1983, acepta que tenemos 90,000 infectados con VIH/SIDA, si bien es cierto estas cifras no representan un cálculo exacto, indican que la epidemia sigue progresando alarmantemente desde hace pocos años con un alto costo social y económico para el país.

Según informe epidemiológico hay 30,482 pacientes notificados con SIDA y 50,445 casos VIH/SIDA al 31 de Julio del 2013.

El 71% corresponden a Lima y Callao el 29% se encuentran registrados entre los departamentos de Ica, Loreto, Tumbes, Madre de Dios, Libertad, Ancash, Ucayali, Arequipa, Moquegua y Tacna.

Si bien en nuestro territorio la incidencia de esta enfermedad es alta, los datos que podemos arrojar sobre ella y que permitirían

atacar su proliferación con mayor contundencia son, generalmente, estimativos.

El gran estigma social que se cierne sobre esta epidemia produce reacciones que van desde la negación hasta la violencia, impidiendo así que se gestione esta enfermedad como cualquier otro virus, lo que facilitaría su detección, contabilización y tratamiento.

Nuestra institución no es indiferente sobre todo teniendo en cuenta que en EsSalud en los diferentes centros hospitalarios de Lima la prevalencia de la infección VIH/SIDA está avanzando observándose en esta última década una tendencia epidemiológica hacia grupos heterosexuales.

En el Hospital Rebagliati, tenemos un N° de 3,786 pacientes registrados desde el año 1998 hasta octubre del presente año de los cuales en actividad y seguimiento por el Programa ITS/VIH/SIDA hay 2185 pacientes.

El programa VIH/SIDA del HNERM realiza seguimiento orientados a establecer la prevención, tratamiento y recuperación del paciente con VIH/SIDA basándose en la promoción de la Salud, educación para la prevención, control epidemiológico, identificación oportuna de personas en riesgo, Tratamiento de TARGA, rehabilitación, transferencia y coordinación intersectorial con las redes de EsSalud y MINSA.

El Programa es integrado por los médicos de Medicina Interna e Infectología así como por la psicóloga clínica que viene atendiendo a pacientes cuyo diagnóstico ha sido confirmado y tiene además problemas de adherencia a los antivirales, o sufren de depresión, desadaptación ante su enfermedad, ansiedad manifiesta, relacionados a las diferentes enfermedades oportunistas.

4.5.- Actividades de Psicología en Medicina Interna e Infectología

Dentro de las actividades de Psicología en el área médica de Medicina Interna e Infectología se encuentran las de evaluación e Intervención psicológica desde el enfoque psiconeuroinmune a pacientes con enfermedades físicas que se encuentran en riesgo de mayor vulnerabilidad relacionada a su enfermedad producto de la excesiva ansiedad manifiesta, rasgos depresivos desencadenados, ya sea por su desadaptación al ambiente hospitalario, angustia y temores propios del desconocimiento de su enfermedad o de las consecuencias de éstas.

Asimismo, encontraremos pacientes con diversos problemas de tipo psicosocial en el que se encuentran abandonados por familiares o tienen conflictos emocionales que pueden obstaculizar el proceso de tratamiento médico.

Igualmente se encuentran pacientes que por temor a la ingesta de medicamentos han empeorado su cuadro clínico evidenciándose una falta de adherencia al tratamiento médico.

Aquí el paciente recibe la atención Psicológica donde se evalúa y aborda al paciente desde el enfoque psiconeuroinmune a fin de coadyuvar al tratamiento integral el paciente manteniendo su sistema inmunológico y participando en la adherencia al tratamiento antiviral de gran actividad (targa).

El trabajo que se realiza es interdisciplinario y tiene como objetivo brindar asistencia psicológica a los pacientes, lo cual incluye intervención y abordaje psicológico.

El procedimiento que se realiza es el siguiente:

Una vez llegada la interconsulta, la Psicóloga encargada procede a la atención del paciente, quien para la intervención psicoterapéutica en las que se abordan aspectos familiares, espirituales, actitud, afrontamiento a su estado de salud actual, usando técnicas racional emotivas, técnicas de relajación, técnicas de psicorrelajación y visualización, acompañamiento y soporte emocional.

Así también se brinda soporte emocional, orientación y consejería a los familiares de los pacientes.

Al culminar la asistencia psicológica se procede a evolucionar las actividades realizadas en la historia clínica de cada paciente.

Además, se realizan dinámicas y talleres para los familiares de pacientes hospitalizados.

Programa a familiares cuidadores del paciente hospitalizado

En el servicio de Hospitalización de Medicina Interna 7-C se encuentran familiares y cuidadores formales acompañando a sus respectivos pacientes.

Ellos también sufren del síndrome de sobrecarga del cuidador que desencadena distrés, por lo cual son abordados por la Psicóloga para brindarles talleres y dinámicas grupales.

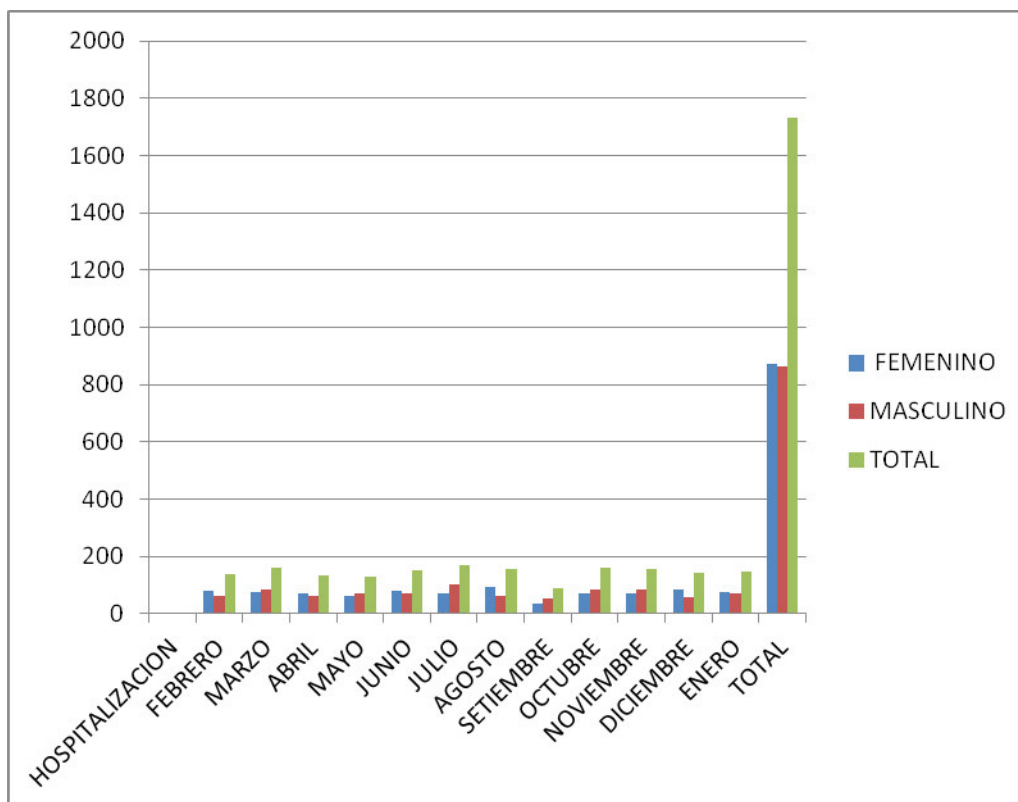
Inicialmente, se les toma una encuesta de datos y el test de Zarit -sobrecarga del cuidador-.

Posteriormente se abordan temas puntuales de psicoeducación para los cuidadores del adulto, proporcionando enseñanza del afronte al estrés así como terapia grupal que benefician y protegen su salud mental a fin de poder aportar eficazmente en el cuidado del paciente.

4.6.- Estadística Individual, 2012-2013

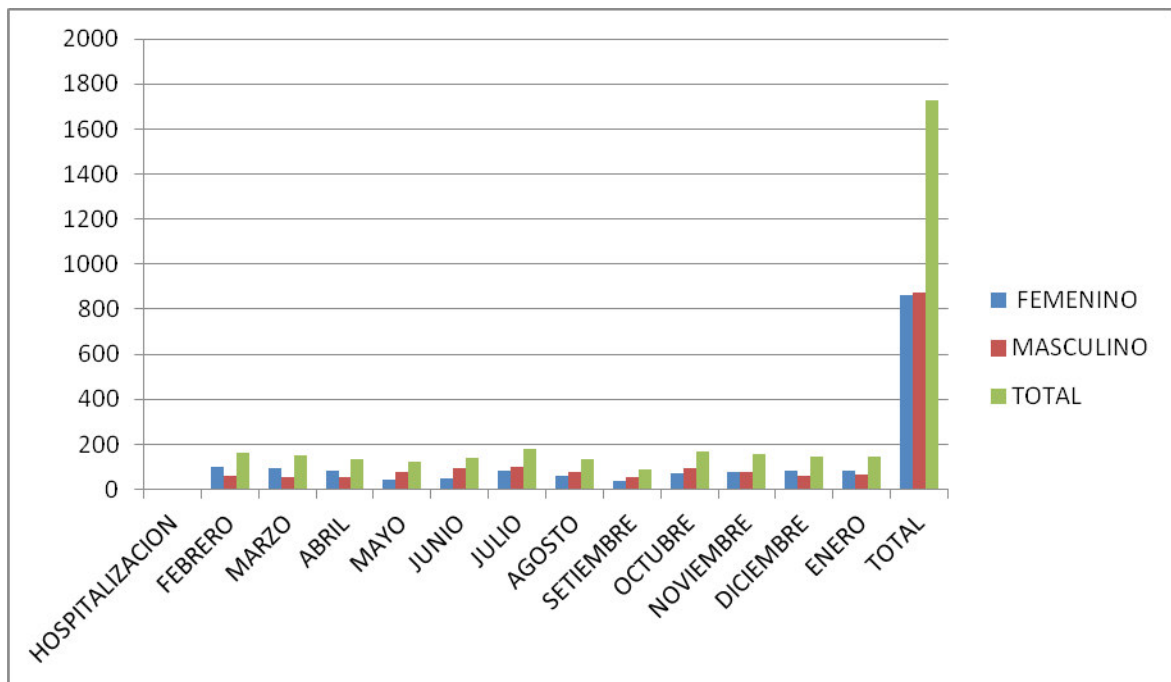
PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN-2012

MESES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
FEBRERO	80	60	140
MARZO	77	83	160
ABRIL	73	62	135
MAYO	60	69	129
JUNIO	78	72	150
JULIO	70	100	170
AGOSTO	91	64	155
SETIEMBRE	36	53	89
OCTUBRE	73	86	159
NOVIEMBRE	72	83	155
DICIEMBRE	84	59	143
ENERO	77	71	148
TOTAL	871	862	1733



PACIENTES ATENDIDOS ÁREA HOSPITALIZADOS 2013 POR GÉNERO

MESES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
FEBRERO	100	60	160
MARZO	95	55	150
ABRIL	83	52	135
MAYO	45	79	124
JUNIO	50	94	140
JULIO	80	100	180
AGOSTO	57	78	135
SETIEMBRE	37	53	90
OCTUBRE	72	96	168
NOVIEMBRE	76	79	155
DICIEMBRE	85	59	144
ENERO	82	66	148
TOTAL	862	871	1729



V.- DESCRIPCION DE ACTIVIDADES - CONSULTA EXTERNA

5.1.- Objetivo General

Brindar atención psicológica a los pacientes provenientes de los servicios de Medicina Interna y de Infectología en relación a: evaluación, diagnóstico y tratamiento que contribuya a mejorar su estado de salud integral.

5.2.- Objetivos Específicos

- Entrevistar, evaluar e intervenir a pacientes adultos, varones y mujeres.
- Formular diagnósticos presuntivos o definitivos de acuerdo a la naturaleza del caso.
- Coadyuvar en el tratamiento integral del paciente mediante técnicas psicoterapéuticas validadas.

5.3.- Actividades

Se brinda atención psicológica, la cual consiste en Evaluación, Orientación y Consejería psicológica, Terapia Individual, Familiar, Pareja, La evaluación se realiza mediante la observación, entrevista y aplicación de pruebas Psicológicas con las cuales se buscan medir las diversas áreas (intelectual, personal, familiar, social y sexual de los pacientes). Las pruebas psicológicas más utilizadas durante este mes fueron: Escalas Weschler, Test de Machover, Test Gestáltico Viso Motor de Bender , Minimult, Escala Zung de Ansiedad y Depresión, Test de Folstein, cuestionario de estrés de Ackerman y el cuestionario de Adherencia al tratamiento antiviral, entre otros relevantes a cada caso específico del paciente. Asimismo se le brinda apoyo psicoterapéutico a los familiares del paciente (acompañantes de los pacientes).

Atención psicológica en TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) y adherencia al tratamiento.

Todo paciente que ingresa al tratamiento TARGA debe cumplir con por lo menos alguna de las siguientes condiciones: Tener bajo CD4 (recuento de linfocitos), alta carga viral ó condición clínica afectada por alguna enfermedad oportunista (TBC, Diarreas, Fiebres persistentes, entre otras); además de ello no puede ingresar a TARGA, sin antes ser evaluado y preparado psicológicamente para que acepte su enfermedad y asuma la importancia de ésta para su vida, pues sin ello, es muy probable que abandone el tratamiento y empeore su situación de salud. En muchos casos es necesario que el paciente cuente con un agente de soporte, que por lo general es un familiar que viva en su misma casa, alguien que ayude al cumplimiento de la toma de sus medicamentos en la hora indicada, por ello es necesario desarrollar la adherencia al Tratamiento. La adherencia es la capacidad del paciente con VIH para implicarse correctamente en la elección, inicio y control del Tratamiento (TARGA) que permita mantener su cumplimiento, con el objetivo de acrecentar su expectativa de vida. La adherencia es el resultado de un proceso que se desarrolla en diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

En este trabajo psicológico de adherencia al tratamiento se busca también fortalecer la autoestima, desarrollar habilidades, eliminar conductas inadecuadas para la adherencia al tratamiento

La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico, y tiene relación con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a Sida y la mortalidad del paciente con infección por el VIH. La entrevista se realiza tanto al paciente como al agente de soporte o familiar con el que acude consultorio psicológico. Generalmente los pacientes acuden a consulta con una interconsulta mandada por el

Infectólogo a cargo, son enviados sin interconsulta para iniciar su evaluación.

En la entrevista inicial se da la bienvenida al paciente, se les enseña el funcionamiento y objetivos del TARGA, las ventajas que encontrará al iniciar el TARGA, se refuerza la información que tenga el paciente sobre VIH/SIDA, formas de transmisión y formas de protección, ya que muchos pacientes acuden desconociendo la forma de transmisión del VIH así como los efectos de los antivirales.

En esta primera entrevista, se recopila información del paciente, nombre y apellido, edad, fecha de nacimiento, grado de instrucción, estado civil, ocupación, N° de historia clínica, N° de hijos, dirección, fecha y lugar en que le diagnosticaron VIH y la fecha de entrevista. Luego se procede a llenar la ficha en donde se coloca el motivo de consulta, antecedentes personales (Datos relevantes de su desarrollo inicial, infancia, adolescencia y juventud, escolaridad, historia sexual, historia laboral, antecedentes de consumo de alcohol, drogas, conductas delictivas, antecedentes psicopatológicos, enfermedades y/o accidentes anteriores al diagnóstico, infecciones oportunistas, TARGA anterior, Funciones Biológicas, Hábitos e intereses); se indaga también la historia familiar, el agente de soporte para la adherencia, observación de conducta, impresión diagnóstica y sugerencias.

La recopilación se puede realizar en el transcurso de las evaluaciones, ya que generalmente el paciente para el informe psicológico, que será llevado al médico correspondiente, debe acudir a psicología para las evaluaciones respectivas por lo menos 2 sesiones, en donde se evaluará personalidad, nivel cognitivo y su estado emocional.

La observación psicológica se realiza en cada sesión que se tenga con el paciente, se evalúa aspectos no verbales, paralingüísticos y verbales. También se observa el lenguaje corporal que en muchas pacientes se contraponía a lo que manifestaban.

En la primera entrevista o sesión se evalúa con pruebas proyectivas (Machover Bender), en la segunda sesión se evalúa con las escalas de ansiedad y depresión de Zung y otras pruebas psicométricas dependiendo de lo que se necesite hallar en el paciente. Asimismo se le toma el cuestionario de estrés de Ackerman y el cuestionario de Adherencia al tratamiento.

La calificación de pruebas psicológicas se realiza durante las sesiones con el paciente. La calificación se efectúa de acuerdo a los especificados en los manuales originales de las pruebas utilizadas y se complementan unas con otras para la realización del diagnóstico final.

El fin del informe psicológico no es señalar que un paciente está apto o no para iniciar o continuar con el tratamiento, sino explorar que áreas del paciente se podrían convertir en factores de riesgo para un abandono del tratamiento.

Si se encuentra que el paciente no se encuentra consciente de su enfermedad no puede iniciar tratamiento, es decir, su tratamiento se retrasaría hasta que se haya logrado un avance con el paciente.

Contenido de las sesiones del programa de intervención

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN y PSICOEDUCACION

- 1.a) Presentación del terapeuta
 - Objetivos de la sesión.
 - Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención.
 - Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento.
 - Pase de cuestionario de adherencia.
- 1.b) Psicoeducación
 - Explicación sobre el VIH y el funcionamiento dentro del organismo
 - Planteamiento por parte del terapeuta de líneas de acción ante la infección: tratamiento farmacológico y de qué manera tiene efecto contra el VIH, prevención de reinfecciones e intervención psicológica.

SESIÓN 2: INTRODUCCIÓN AL MÓDULO COGNITIVO CONDUCTUAL

- a) Análisis de las posibles dudas respecto a la sesión anterior.
- b) Abordaje de la problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en el paciente con VIH.
- c) Importancia del manejo de las emociones negativas. Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida: se le hace hincapié en el modelo de la psiconeuroinmunología, la importancia de la adhesión al tratamiento y evitación de reinfecciones.
- d) Plan general del tipo de técnicas psicológicas que se le brindan.
- e) Ejemplo para la introducción de la técnica cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos.
- f) Presentación del modelo ABC.
- g) Se trabaja ejemplos de la importancia de los pensamientos.
- h) Intervención del paciente para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al SIDA.
- i) Explicación y entrega de la hoja de registro para los pensamientos negativos.

SESIÓN 3: MÓDULO COGNITIVO CONDUCTUAL (II)

- a) Revisión de los registros sobre pensamientos negativos.
- b) Anotar en registro diario los pensamientos y emociones negativas y positivas más frecuentes.
- c) Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos.
- d) Ejemplificar o aplicar a dos pensamientos negativos (no relacionados con la autoestima).
- e) Entregar hoja con los pasos para la discusión cognitiva.
- f) Tarea: aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos.

SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA

- a) Revisar la tarea de la discusión cognitiva.
- b) ¿Qué entienden por autoestima?
- c) Concepto e importancia de la autoestima. Dimensiones de la misma: valía personal y dimensión social. Consecuencias de una baja autoestima.
- d) ¿Qué piensa de sí mismo a nivel intelectual, físico, social...?
- e) ¿Cómo mejorar la autoestima?: combatir los pensamientos negativos acerca de uno mismo, dar la importancia oportuna al pensamiento de los demás), autoverbalizaciones positivas y actividades gratificantes.
- i) Tarea: discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima, anotar todas las noches alguna cualidad positiva de sí mismo.

SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN PSICORELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN

- a) Revisión de la tarea.
- b) Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad, del dolor, disminución de frecuencia cardiovascular, oxigenación de tejidos celulares entre otros. ¿Qué síntomas tiene?
- c) Distintos tipos de relajación: relajación progresiva tipo Jacobson y de Ackerman.
- d) Explicación de la secuencia de respiración, relajación muscular y el procedimiento.
- e) Aplicación de un CD a cada paciente (evaluar la ansiedad antes y después). Posibles problemas.
- f) Entrega de una cinta grabada para practicar en casa, y una hoja de registro de relajación.
- g) Explicación acerca de la visualización y de la utilidad de la imaginación en la reducción d síntomas fisiológicos de la ansiedad, del dolor, de la tensión y potenciadora del tratamiento médico.
- h) Entrega de cinta grabada para práctica en casa.
- g) Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones).

SESIÓN 6: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- a) Revisión de la tarea.
- b) Recordar el modelo ABC. Nos centramos en la A.
- c) Los pacientes aportan los problemas más importantes a los que se enfrentan.
- d) Hacer tipologías en función de las áreas a las que afectan.
- e) Pasos de la solución de problemas
- f) Ejemplificar con un caso. El paciente aplica los pasos a un problema.
- g) Tarea: que lo aplique a un problema que tengan durante la semana. Darles el material de autoayuda.

SESIÓN 7: PROMOCIÓN DE LA SALUD: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, HÁBITOS DE SALUD Y PREVENCIÓN DE REINFECCIONES

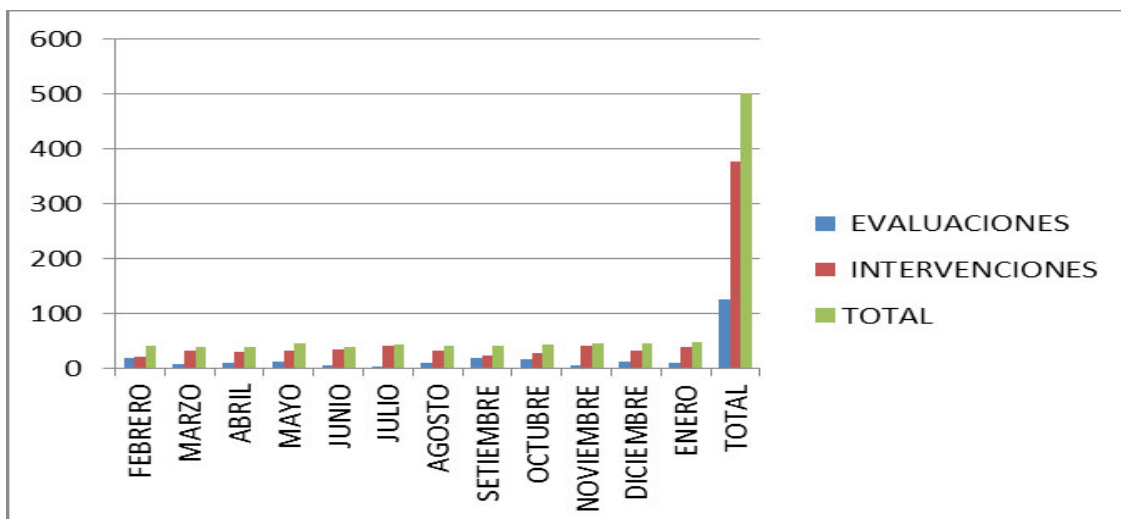
- a) Revisión de la tarea.
- b) La importancia de seguir cuidándose.
- c) La adhesión al tratamiento: fármacos, prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas.
- d) ¿Cómo valora su adhesión?
- e) ¿Qué problemas tiene para adherirse al tratamiento, dificultades o causas de la no-adhesión?
- f) Importancia de la adecuada adhesión: ventajas e inconvenientes (efectos secundarios). Decisión personal.
- g) Estrategias para mejorar la adhesión: información de cómo actúa los fármacos, planificar las tomas, solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios.
- h) Los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Su influencia y cómo prevenirlos.
- i) La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación.
- k) Resumen, dar capítulos recordatorios.

SESIÓN 8: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- a) Repaso de la evolución del paciente en la terapia. b) Valoración de los pacientes acerca de su evolución.
- c) Repaso del contenido: lo que se ha realizado durante el tratamiento.
- d) Atribución de la mejoría.
- e) Refuerzo por parte del terapeuta.
- f) Dudas o análisis de problemas residuales.
- g) Expectativas futuras, qué va a ocurrir cuando finalice la terapia
- h) Importancia de seguir practicando las técnicas.
- i) ¿Qué ocurriría si reaparecieran los síntomas?
- k) Pase de cuestionario.

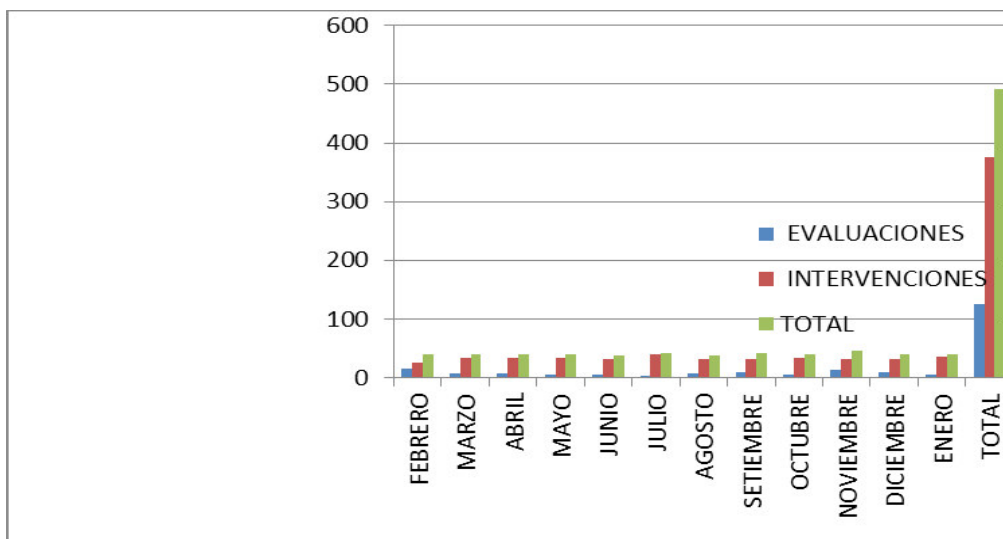
EVALUACION, INTERVENCION EN CONSULTA EXTERNA 2012

	EVALUACIONES	INTERVENCIONES	TOTAL
FEBRERO	19	21	40
MARZO	7	31	38
ABRIL	10	29	39
MAYO	12	32	44
JUNIO	5	33	38
JULIO	3	40	43
AGOSTO	9	31	40
SETIEMBRE	18	22	40
OCTUBRE	16	26	42
NOVIEMBRE	4	40	44
DICIEMBRE	12	32	44
ENERO	10	38	48
TOTAL	125	375	500



EVALUACION, INTERVENCION EN CONSULTA EXTERNA 2013

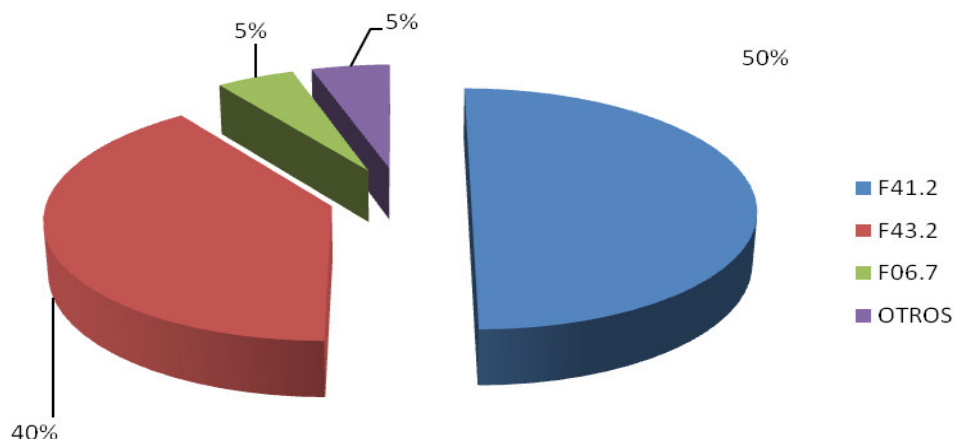
	EVALUACIONES	INTERVENCIONES	TOTAL
FEBRERO	15	26	41
MARZO	7	33	40
ABRIL	8	33	41
MAYO	6	34	40
JUNIO	6	32	38
JULIO	3	40	43
AGOSTO	7	31	38
SETIEMBRE	10	32	42
OCTUBRE	6	34	40
NOVIEMBRE	14	32	46
DICIEMBRE	10	31	41
ENERO	6	35	41
TOTAL	125	375	491



PACIENTES ATENDIDOS POR GÉNERO 2013

MES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
ABRIL	15	26	41
MAYO	11	29	40
JUNIO	17	21	38
JULIO	20	23	43
AGOSTO	18	20	38
SEPTIEMBRE	25	17	42
OCTUBRE	18	22	40
NOVIEMBRE	22	24	46
DICIEMBRE	20	21	41
ENERO	19	22	41
FEBRERO	18	23	41
MARZO	15	25	40
TOTAL	218	275	491

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN CONSULTA EXTERNA 2012 - 2013



LEYENDA:

F41.2 : TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION F43.2 : TRASTORNO DE ADAPTACION:
F06.7 : TRASTORNO COGNOSCITIVO

5.4.- Instrumentos de Evaluación

ÁREA INTELECTUAL

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS III)

Autor(es) : D. Wechsler, A. Kauffman
Forma de Aplicación : Individual
Duración : Variable, en torno a 02 horas
Edad de Aplicación : Adultos de 16 a 89 años
Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

Test de Matrices Progresivas de Raven

Autor : J. C. Raven
Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
Duración : 40 a 90 min.
Edad de Aplicación : Adolescentes y Adultos
Objetivo : Medir la habilidad para hacer comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales

ÁREA VISOMOTRIZ

Test Güestáltico Visomotor de Bender (B.G)

<i>Autor</i>	: Lauretta Bender
<i>Forma de Aplicación</i>	: Individual
<i>Duración</i>	: Variable, entre 15 a 30 minutos
<i>Edad de Aplicación</i>	: Niños(as) de 05 en adelante, cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presenten
<i>Objetivo</i>	: Diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas tanto en niños como en adultos.

ÁREA SOCIOEMOCIONAL Y PERSONALIDAD

Test del Dibujo de la Persona bajo la Lluvia

<i>Autor(es)</i>	: Querol – Chaves Paz
<i>Forma de Aplicación</i>	: Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	: 15 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	: Desde los 10 años hasta adultos
<i>Objetivo</i>	: Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental así como la modalidad defensiva predominante

Test de la Figura Humana de Karen Machover

<i>Autor</i>	: Karen Machover
<i>Forma de Aplicación</i>	: Individual o Colectiva
<i>Duración</i>	: 15 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	: Niños, adolescentes y adultos
<i>Objetivo</i>	: Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

Test de Frases Incompletas de SACKS

<i>Autor</i>	: Joseph Sacks
<i>Forma de Aplicación</i>	: Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	: 20 min. Aprox.
<i>Edad de Aplicación</i>	: Adultos
<i>Objetivo</i>	: Instrumento de tipo proyectivo. La información que brindan permite seleccionar al paciente para someterlo a una terapia y ofrece indicios de la dinámica de actitudes y sentimientos del paciente.

Escala de Zung: Escalas de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) y Depresión (EAMD)

<i>Autor</i>	: Zung
<i>Forma de Aplicación</i>	: Individual y Colectiva
<i>Duración</i>	: 10 minutos aproximadamente cada escala
<i>Edad de Aplicación</i>	: Adolescentes y adultos
<i>Objetivo</i>	: Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto

Escala Zarit: Escala de sobrecarga de cuidadores

Autor : Zarit
Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
Duración : 10 minutos como promedio
Edad de Aplicación : Adultos
Objetivo : Evalúa la sobrecarga subjetiva de los cuidadores de adultos mayores o postrados.

Escala de Depresión de Yesavage

Autor(es) : Brink y Yesavage
Forma de Aplicación : Individual y Colectiva
Duración : 15 minutos como promedio
Edad de Aplicación : A partir de los 60 años

Caso Clínico

VI.- PRESENTACION DE CASO CLINICO

6.1.- ANAMNESIS

DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDOS	: Víctor Enrique
EDAD	: 41 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: Superior
N° DE SEGURO	: 7210071-001
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	: Lambayeque, 07 de Octubre de 1972
OCUPACIÓN	: Ingeniero Agrónomo
ESTADO CIVIL	: Soltero
DOMICILIO	: Jesús María
LUGAR DE EVALUACIÓN	: Consultorio Externo de Psicología
FECHA DE EVALUACIÓN	: 11/06/2013
EVALUADOR	: Dra. Martha Crosby Crosby

MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación e Intervención psicológica, derivado del Servicio de Medicina Interna-Infectología donde recibe tratamiento anti retro viral TARGA y por TBC.

PROBLEMA ACTUAL

“Tengo problemas para recibir el Targa, me da gastritis, no sé si puedo dejar alguno.... A veces quiero dejar todo esto”. Presenta cansancio y miedo a morir, sensación de soledad, temor a que si la gente se entera no le den trabajo o lo miren mal, y que ya nadie se acerque a él como para iniciar nueva relación sentimental.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En octubre de 2012, mientras asistió al gimnasio comenzó a sentir malestar físico, tenía tos, sudoración nocturna y malestar general, por lo que decidió ir al médico, fue a uno particular y solo le dijeron que era una alergia. Le dieron

medicación, la cual tomó pero no alivió los síntomas, al contrario comenzó con fiebres, por lo que se fue a una clínica particular donde lo atendió un médico general y luego de evaluarlo, lo envió para que le realicen varios exámenes entre ellos la prueba de Elisa. Al principio no quiso tomarse dicha prueba por temor al resultado, pero finalmente se la tomó, dando el resultado positivo, por lo que se deprimió mucho, le realizaron más exámenes encontrándosele TBC ganglionar y derrame pleural y recibió tratamiento. Con el posterior Western Blott confirmatorio, se inició “su calvario” (según refiere). Su carga viral estaba alta +de 200,000 copias al inicio con fecha abril del 2013 y su CD4 menor a 200,(83 CD4) por lo cual entra al programa del Targa.

HISTORIA PERSONAL

Proviene de una familia nuclear constituida, producto del tercer embarazo, no planificado pero aceptado, buena relación y comunicación entre sus padres. Tiene 4 hermanos.

Desarrollo psicomotriz. Su desarrollo fue normal, con enfermedades propias de la infancia. No presentó problemas en su desarrollo psicomotriz.

En su etapa escolar se describe como un alumno responsable, regular dentro del promedio, no le gustaban las matemáticas, pero las pasaba, logro culminar el nivel primario y secundario satisfactoriamente. En primaria estudió en el Colegio Nacional Salazar Bondi de Chiclayo y la secundaria la realiza en el colegio Nacional San José Chiclayo.

Posteriormente ingresa a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque a la carrera de Ingeniería Agrónoma, llegando a estudiar y, que dejó por un tiempo por viajar a Chile con su primera pareja sentimental, pero regresó a terminarlo graduándose con honores.

Interrumpe sus estudios universitarios y se va a Chile a trabajar en un restaurante como operario de limpieza, luego regresa y culmina sus estudios superiores, comienza a trabajar en una empresa agroquímica, posteriormente ingresa a laborar a un banco siempre con expectativas de asentar relación en algún momento formal con alguien y tener un compañero con quien viva como en un matrimonio.

Tuvo que dejar de trabajar por descansos médicos prolongados (actualmente está atendándose por período de latencia), vive en casa de hermanas

quienes han asumido su cuidado total, alimentación, vestido y sobre todo asumen un rol protector.

Desde la infancia se da cuenta que no le gustaban las mujeres, gustaba más de andar de compañeros o le atraían personas de su mismo sexo, pero guardaba las apariencias. Nunca habló con sus padres al respecto porque sus padres eran apegados a las normas sociales. Estando en la Universidad, cuando tenía 23 años, conoce a un amigo que vivía pos su casa, con quien establece una relación sentimental y se inicia sexualmente, la relación se desarrolló de manera oculta por lo que ambos deciden emigrar a Chile para poder vivir juntos sin problemas, dejando la universidad aquí, consiguen trabajo en un restaurante él trabaja en limpieza y su pareja era mesero y viven juntos, la relación se deteriora, sus horarios en el trabajo eran distintos y muchas veces no coincidían, la pareja era inmadura y no quería aceptar ante los demás su opción sexual, por lo que también salía con mujeres, en especial con una chica con la que tuvo vinculación amorosa, por lo que deciden dejar la relación, manifiesta que hubo infidelidad por parte de la pareja, esta relación duró más de 2 años. Al regresar a Perú se queda un tiempo corto en Lima y luego regresa a Chiclayo, para retomar y culminar sus estudios universitarios, contando siempre con el respaldo de la familia, ellos desconocían su opción sexual. Acabó la Universidad 1996 se recibe con honores. Se da cuenta que no encajaba en el grupo heterosexual y un amigo con el que se sincera y le cuenta su opción sexual lo lleva a un bar discoteca gay, allí conoció más amigos. Pasó 3 ó 4 años y luego conoció a otro amigo (mientras trabajaba en una empresa de agroquímica), éste es ingeniero de sistemas con el cual tuvo 5 años de relación afectiva. Se deteriora la relación por el carácter explosivo, inconstante, era muy dominante y celoso por lo que la relación también se mantuvo en secreto, lo encontró en el cuarto con otro, es decir, le fue infiel por lo que terminaron. Para distraerse iba al gimnasio, a su trabajo y salía con un grupo de amigos, con los que se reunía para ir a comer u otros lugares. Después de un corto tiempo (2 años) conoce a su última pareja que era vendedor de computadoras pero en 1 año se dan cuenta que realmente eran buenos amigos y que el sentimiento que los unía no era más que una gran y bonita amistad, por lo que deciden cortar la relación sentimental y solo continuar con la relación amical, con la que hasta el día de

hoy continúan de manera fiel y leal, es decir, “en las buenas y en las malas”. Actualmente no tiene pareja.

No presenta antecedentes de enfermedad física ni mental.

HISTORIA FAMILIAR

Su familia está constituida por sus padres y 4 hermanos. Su madre es docente (profesora de primaria), actualmente tiene 65 años y ya es cesante, la describe como cariñosa alegre, le gustan las reuniones, muy trabajadora. El padre es técnico en reparación, actualmente tiene 72 años, trabajó de forma independiente, lo describe como un padre recto, que siempre se preocupó de cultivar el nivel intelectual en él y en sus hermanos. Tiene 4 hermanos, con quienes es muy unido.

En la infancia hubo una muy buena dinámica de familia, buenas relaciones, económicamente sus padres trabajaban para cubrir los gastos y necesidades de él y sus hermanos. Si bien no hubo para colegios particulares pero todos tenían oportunidad y respaldo para la educación, su madre los apoyaba con las tareas, el padre era quien imponía las normas y castigos en casa, su madre en cambio asumía un rol más protector.

La economía fue ajustada, según dice, porque eran 5 hermanos. Posteriormente todos estudian y culminan estudios superiores. Actualmente vive con hermanas mujeres en Lima por el tratamiento que recibe, sus padres están en Chiclayo pero le brinda su apoyo, su padre quien le parecía más reacio y duro es quien en ocasiones le dice que confíe en él, que no se preocupe, que tiene toda su entera confianza sea lo que sea, por lo que él se siente apoyado y querido. Ha recibido el apoyo de toda su familia quienes le están demostrando su respaldo de manera constante.

Refiere el paciente que sus dos hermanas con las que vive en la misma casa se preocupan por él, saben que tiene VIH, y que tiene TBC. Sus padres no saben de su diagnóstico de SIDA.

EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS PARCIALES:

1. **Atención:** Presenta leve déficit de los procesos atencionales.
2. **Percepción:** No presenta alucinaciones ni ilusiones
3. **Orientación:** Preserva la orientación en las tres esferas.
4. **Memoria:** Conserva la memoria inmediata, reciente y remota
5. **Pensamiento:** De contenido pesimista, trivial; de curso coherente, lógico.
6. **Lenguaje:** Lenguaje de ritmo y tonalidad moderados. Cuando toma confianza se muestra locuaz y comunicativo, con problema leve de audición.
7. **Imaginación:** Se encuentra bloqueado por factores emocionales.
8. **Juicio Social:** Su contacto con la realidad y su entorno está conservado. Interpreta razonablemente las situaciones que se le presentan
9. **Intelecto:** Posee un nivel intelectual por encima del promedio, con mantenimiento del pensamiento abstracto.
10. **Afectividad:** Predominio del humor depresivo, sin embargo, es capaz de expresar sentimientos y afectividad en forma normal
11. **Motivación:** Se observa moderada apatía, sin metas ni objetivos claros.
12. **Voluntad:** Con moderada hipoabulia, requiere ser estimulado para obtener logros.
13. **Impulsividad:** Autocontrol disminuido por los eventos estresantes que debe afrontar.

INFORME PSICOLOGICO

6.2.- INFORME PSICOLOGICO

DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDOS	: Víctor Enrique
EDAD	: 41 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: Superior
N° DE SEGURO	: 7210071-001
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	: Lambayeque, 07 de Octubre de 1972
OCUPACIÓN	: Ingeniero Agrónomo
ESTADO CIVIL	: Soltero
DOMICILIO	: Jesús María
LUGAR DE EVALUACIÓN	: Consultorio Externo de Psicología
FECHA D E EVALUACIÓN	: 11/06/2013
EVALUADOR	: Dra. Martha Crosby Crosby

MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación e Intervención psicológica, derivado del Servicio de Medicina Interna-Infectología donde recibe tratamiento anti retro viral TARGA y por TBC.

PROBLEMA ACTUAL

“Tengo problemas para recibir el Targa, me da gastritis, no sé si puedo dejar alguno.... A veces quiero dejar todo esto”. Presenta cansancio y miedo a morir, sensación de soledad, temor a que si la gente se entera no le den trabajo o lo miren mal, y que ya nadie se acerque a él como para iniciar nueva relación sentimental.

OBSERVACION GENERAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, viste ropa casual, lleva una mascarilla protectora en la zona nasal y bucal, muestra colaboración durante el transcurso de la entrevista, con curso de pensamiento coherente, lógico, lenguaje de ritmo y tonalidad moderados, se muestra comunicativo, con problema leve de audición.

PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

- Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- Test de Figura Humana de Karen Machover
- Test de ZUNG (Ansiedad y Depresión)
- Test de WAIS abreviado
- Cuestionario de adherencia al tratamiento

ANALISIS DE RESULTADOS

Paciente que presenta un nivel intelectual normal superior, con buena capacidad de abstracción y razonamiento lógico, actualmente con déficit de la productividad debido a interferencias tipo psicofisiológico.

No presenta indicadores compatibles con posible disfunción orgánica cerebral. La estructura de su personalidad sigue una tendencia a niveles medios de extraversión, con tolerancia a la frustración y presenta control de impulsos, sin embargo hay situaciones que le provocan temor y confusión en relación a su estado de enfermedad, es conservador, con tendencia a la rigidez en sus hábitos y comportamientos.

Su estructura yoica es fuerte y estable sin embargo, se evidencia baja autoestima, ánimo decaído, niveles elevados de ansiedad, moderados rasgos depresivos, con sentimiento de inferioridad y culpa asociado a diagnóstico de enfermedad física actual.

En el plano social se adecua en su entorno, con una dinámica familiar funcional, evidenciándose buen soporte familiar.

Las características mencionadas son compatibles con un cuadro clínico de Trastorno de Adaptación Ansioso- Depresivo (F43.2,2 CIE-10).

CONCLUSIONES

Paciente de intelecto similar al promedio, con déficit de la productividad debido a interferencias de tipo afectivo-emocional. Presenta un estado de ánimo depresivo-ansioso, asociado a sentimientos de inferioridad y culpa, con mecanismos adaptativos rígidos que le impiden acceder a un adecuado equilibrio psicológico acorde a sus circunstancias. Sin embargo, se observan adecuados recursos personales yicos así como buen soporte socio-familiar

RECOMENDACIONES

- Terapia Psicológica, orientada al manejo de los estados depresivo-ansiosos, desarrollo de la autoestima, expresión emocional y adherencia al tratamiento.
- Participación en taller de conocimiento y manejo de la enfermedad.
- Reevaluación luego de tres meses.

PLAN DE TRATAMIENTO

6.3.- PLAN DE TRATAMIENTO

DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDOS	: Víctor Enrique
EDAD	: 41 años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	: Superior
N° DE SEGURO	: 7210071-001
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	: Lambayeque, 07 de Octubre de 1972
OCUPACIÓN	: Ingeniero Agrónomo
ESTADO CIVIL	: Soltero
DOMICILIO	: Jesús María
LUGAR DE EVALUACIÓN	: Consultorio Externo de Psicología
FECHA D E EVALUACIÓN	: 11/06/2013
EVALUADOR	: Dra. Martha Crosby Crosby

MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación e Intervención psicológica, derivado del Servicio de Medicina Interna-Infectología donde recibe tratamiento anti retro viral TARGA y por TBC.

PROBLEMA ACTUAL

“Tengo problemas para recibir el Targa, me da gastritis, no sé si puedo dejar alguno.... A veces quiero dejar todo esto”. Presenta cansancio y miedo a morir, sensación de soledad, temor a que si la gente se entera no le den trabajo o lo miren mal, y que ya nadie se acerque a él como para iniciar nueva relación sentimental.

OBSERVACION GENERAL

Paciente que al momento de la entrevista se encuentra lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, viste ropa casual, lleva una mascarilla protectora en la zona nasal y bucal, muestra colaboración durante el transcurso de la entrevista, con curso de pensamiento coherente, lógico, lenguaje de ritmo y tonalidad moderados, se muestra comunicativo, con problema leve de audición.

TRATAMIENTO EFECTUADO

El presente caso se abordó terapéuticamente en las áreas de: manejo de la enfermedad y afectivo-emocional aplicando psicoterapia cognitiva conductual.

1. AREA DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD

El conocimiento de la enfermedad responde a un derecho fundamental del paciente: el derecho a la información. El paciente desprovisto de información acerca de su enfermedad desconoce una parte importante de su vida y, por tanto, se siente a menudo atemorizado, incapaz de hacer planes y de prever lo que va a suceder.

El conocimiento de la Enfermedad, realizado en una sesión y extendiéndose durante las demás sesiones en el área de adherencia y de refuerzo, permitió:

- Abordar la incompreensión del paciente acerca de que le está sucediendo y le permite hacerse responsable.
- Dotar al paciente de los conocimientos necesarios para manejar la enfermedad.

Por otro lado, a medida que el paciente comprende el proceso de la enfermedad y del tratamiento va adquiriendo la sensación de ser comprendido, ya que a partir de nuestras explicaciones constata que el psicólogo conoce y ha descrito síntomas o conductas que probablemente ellos viven con vergüenza, culpa, y con la sensación de que son únicos. Así mismo permite control sobre la participación que puede tener para mejorar su cuadro clínico. Ello redundará en una mejor relación terapéutica.

En efecto, el Manejo de la Enfermedad:

- Potencia, por tanto, una sólida alianza terapéutica construida sobre las bases de la colaboración, la información y la confianza.
- Otorga al paciente un papel activo en la toma de decisiones concernientes a su enfermedad, en contra del tradicional modelo médico paternalista.

Son Objetivos fundamentales:

- La adquisición de una adecuada conciencia de enfermedad.
- La detección precoz de síntomas prodrómicos que permita reducir el número de recaídas y de hospitalizaciones
- El cumplimiento del tratamiento (adherencia al Targa)

También hay otros objetivos:

- La mejoría de la calidad de vida, en la actividad social e impersonal.
- El incremento del conocimiento y afrontamiento de las consecuencias psicosociales de los episodios, tanto pasados como futuros.
- El afrontamiento de los síntomas subclínicos, residuales

2. AREA AFECTIVO-EMOCIONAL

Debido al déficit importante de esta área, se planificó un abordaje individual de 6 sesiones, de frecuencia semanal, donde se trabajaron las principales variables que intervienen en el trastorno de adaptación ansioso depresivo, y en la deficiencia en cuanto a la adherencia al tratamiento.

Los problemas de autoestima se trataron:

- Explorando los antecedentes del paciente respecto a su autoestima o falta de ella (traumas, defectos, nivel de aspiraciones luego de enfermedad).
- Explorando agravios recientes a la autoestima.
- Relacionando los denominadores comunes entre los antecedentes y los eventos precipitantes recientes para propósitos de interpretación y creencias, y trabajando en ello, discutiendo los problemas estructurales de la autoestima.
- Asimismo se le solicita un registro de las 20 principales cualidades personales de éste.
- Teniendo cuidado para tratar al paciente con dignidad.

- Señalando áreas encontradas en la vida del paciente acordes con una alta autoestima y las razones de ello.
- Abordando la agresión en contra de sí mismo, experimentada por una parte de éste y examinando las partes que constituyen los pensamientos irracionales, contrastando el origen histórico con la realidad contemporánea, y modificándolas con técnicas racional emotivas conjuntamente analizadas con el paciente.. Examinando en detalle la naturaleza de las ideas y creencias pre juiciosas, el nivel de aspiración y la intensidad de las defensas y recursos que posee, para reducir la diferencia entre las expectativas irreales y la realidad

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN y PSICOEDUCACION

a) Presentación del terapeuta

- Objetivos de la sesión.
- Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención.
- Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento.
- Pase de cuestionario de adherencia.

b) Psicoeducación

- Explicación sobre el VIH y el funcionamiento dentro del organismo
- Planteamiento por parte del terapeuta de líneas de acción ante la infección: tratamiento farmacológico antiviral y de qué manera tiene efecto contra el VIH, prevención de reinfecciones e intervención psicológica desde el enfoque psiconeuroinmune.

Pasaje de sesión:

Terapeuta: “conoce cómo funciona el virus en su cuerpo?”

Paciente:” no doctora, solo se que me está provocando enfermedades”.

Terapeuta: el virus actúa como un depredador que se adhiere a su célula defensora del organismo (cd 4)que también ordena el ataque a los demás defensores de nuestro organismo, el virus se introduce para adquirir las propiedades de reproducirse que tiene el CD4 y luego dentro de ella la mata, la destruye al lograr reproducirse dentro de nuestra célula. Luego los nuevos virus recién nacidos van a buscar más CD4. Es por eso que bajan las defensas. Estas no reciben las órdenes del CD4 que han sido atacados.

Paciente: “qué horror, es parecido a las películas de ciencia ficción”.

Terapeuta: “así es. Por eso existen ahora los antivirales llamados TARGA....”

SESIÓN 2: INTRODUCCIÓN AL MÓDULO COGNITIVO CONDUCTUAL

- a) Análisis de las posibles dudas respecto a la sesión anterior.
- b) Abordaje de la problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en el paciente con VIH.
- c) Importancia del manejo de las emociones negativas. Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida: se le hace hincapié en el modelo de la psiconeuroinmunología, la importancia de la adhesión al tratamiento y evitación de reinfecciones.
- d) Plan general del tipo de técnicas psicológicas que se le brindan.
- e) Ejemplo para la introducción de la técnica cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos.
- f) Presentación del modelo ABC.
- g) Se trabaja ejemplos de la importancia de los pensamientos.
- h) Intervención de paciente para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al SIDA.
- i) Explicación y aplicación en hoja de registro para los pensamientos negativos.
- j) Revisión de los registros sobre pensamientos negativos.
- k) Anotar en registro diario los pensamientos y emociones negativas y positivas más frecuentes.
- l) Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos.
- m) Ejemplificar o aplicar a dos pensamientos negativos
- n) Tarea: aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos.

Pasaje de sesión:

Terapeuta: “una de nuestras grandes tareas es controlar tus emociones, y evitar las emociones negativas que pueden invadir tu vida,

Paciente: es que tengo miedo doctora, tengo miedo a morir y siento pena, y muchos sentimientos confusos.

Terapeuta: sé que tienes inseguridad y piensas que tal vez no dará resultado el tratamiento médico y psicológico que te brindamos pero te demostraré que los pensamientos son muy importantes para controlar tus emociones. Sabías que detrás de toda emoción o sentimiento hay un pensamiento irracional que se activa de manera automática casi sin darnos cuenta? “

Paciente: pensamiento irracional?

Terapeuta: sí porque muchos de esos pensamientos son derivados de creencias pero no lo sometemos a un análisis de realidad. No sabemos si esos pensamientos son producto de imaginación o tienen un sustento real ni lógico. Los analizaremos juntos. Te parece?

SESIÓN 3: ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA

a) Revisar la tarea de la discusión cognitiva.

b) ¿Qué entiende por autoestima?

c) Concepto e importancia de la autoestima. Dimensiones de la misma: valía personal y dimensión social. Consecuencias de una baja autoestima.

d) ¿Qué piensa de sí mismo a nivel intelectual, físico, social...?

e) ¿Cómo mejorar la autoestima?: combatir los pensamientos negativos acerca de uno mismo, dar la importancia oportuna al pensamiento de los demás), autoverbalizaciones positivas y actividades gratificantes.

i) Tarea: discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima, anotar todas las noches alguna cualidad positiva de sí mismo.

Tarea: Registro de 20 cualidades propias y anotar todas las noches una cualidad positiva de sí mismo.

Pasaje de sesión:

Terapeuta: tienes sentimientos de inferioridad y eso quiero que lo trabajemos.

¿Qué te hace sentir menos?

Paciente: el ser homosexual y me siento inferior porque no puedo ser como los demás. Incluso a veces escucho que dicen que la peste rosa es un castigo de Dios.

Terapeuta: antiguamente muchas enfermedades se consideraban castigo de Dios hasta que la humanidad se dio cuenta que son parte de la naturaleza del planeta tierra los virus, las bacterias y la debilidad humana. Todos los seres vivos se enferman en mayor o menor medida.

Paciente: pero esta enfermedad es rechazada por la sociedad y se dan cuenta que soy homosexual

Terapeuta: crees que ser homosexual te convierte en un ser humano malo?

Paciente: no

Terapeuta: piensas que todos heterosexuales son buenos y todos los homosexuales son malos?

Paciente: no

Terapeuta: de qué depende ser malo o ser bueno?

Paciente: de hacer algún daño a los demás o hacer cosas buenas.

Terapeuta: puedes escribirme 20 cualidades y virtudes tuyas?

Paciente: lo haré...”

SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN PSICORELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN

a) Revisión de la tarea.

b) Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad, del dolor, disminución de frecuencia cardiovascular, oxigenación de tejidos celulares entre otros. ¿Qué síntomas tiene?

c) se le da a conocer y aplicar: relajación progresiva tipo Jacobson y de Ackerman.

d) Explicación de la secuencia de respiración, relajación muscular y el procedimiento.

e) Aplicación de un CD a cada paciente (autoevaluación de la ansiedad antes y después). Posibles problemas.

f) Entrega de 3 cintas grabadas para practicar en casa, y una hoja de registro de relajación.

g) Explicación acerca de la visualización y de la utilidad de la imaginación en la reducción de síntomas fisiológicos de la ansiedad, del dolor, de la tensión y potenciadora del tratamiento médico.

h) Entrega de cinta grabada para práctica en casa.

g) Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones).

Pasaje de sesión:

Terapeuta: “Vamos a poner en el reproductor este cd”. se le hace escuchar el primer CD “Aquí vas a escuchar mi voz, te induciré a un estado de completa

tranquilidad para que baje la ansiedad, aumente la oxigenación de tus tejidos celulares, baje la frecuencia cardiaca, y estés totalmente relajado”.

SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DERIVADOS DE SU INSEGURIDAD y SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA

- a) Revisión de la tarea.
- b) Explicación del modelo ABC. Nos centramos en la A.
- c) se trabaja en función de las áreas afectadas relacionadas a su inseguridad y sentimientos de minusvalía incluyendo las grabaciones internas de autocompasión derivadas de su necesidad de protección
- d) paciente aporta los problemas más importantes a los que se enfrenta.
- e) Pasos de la solución de problemas

Pasaje de sesión:

Paciente: me parece que así me recupere no voy a poder trabajar más porque los compañeros se van a dar cuenta que tomo antivirales y además verán que debo cuidarme y que no podré ir a reuniones porque sirven licor.

Terapeuta: en este caso tienes que ver la situación con un poco más de distancia y debes registrar el problema central de tu preocupación.

Paciente: El problema central es Tomo antivirales, no voy a estar con mis compañeros de trabajo en las reuniones laborales porque brindan con licor

Terapeuta: dime si el no tomar licor en reuniones laborales es motivo suficiente para abandonar el trabajo.

Paciente: es que me van a preguntar por qué y no voy a saber que decirles.

Terapeuta: respóndeme tres preguntas: si vieras a un hombre abstemio u otro que sufriera de gastritis y debe evitar el licor le recomendarías que deje su trabajo? segunda pregunta: crees que los compañeros se enojarían y el jefe lo expulsaría del trabajo? Tercera pregunta: que le dirías a ese hombre?

Paciente: no le recomendaría que deje su trabajo por eso, no creo que lo

compañeros o el jefe se enoje y le diría al hombre que acuda a reuniones y tome agua o algo suave y si no puede acudir tampoco va a pasar nada.

SESIÓN 6: PROMOCIÓN DE LA SALUD: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, HÁBITOS DE SALUD Y PREVENCIÓN DE REINFECCIONES Y RECAÍDAS

- a) Revisión de la tarea.
- b) La importancia de seguir cuidándose.
- c) La adhesión al tratamiento: fármacos, prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas.
- d) ¿Cómo valora su adhesión?
- e) ¿Qué otros problemas tiene para adherirse al tratamiento, dificultades o causas de la no-adhesión?
- f) Importancia de la adecuada adhesión: ventajas e inconvenientes (efectos secundarios). Decisión personal.
- g) Estrategias para mejorar la adhesión: refuerzo de la información de cómo actúan los fármacos, planificar las tomas, solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios.
- h) Los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Su influencia y cómo prevenirlos.
- i) La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación.
- j) Repaso de la evolución del paciente en la terapia.
- k) Atribución de la mejoría.
- l) Refuerzo por parte del terapeuta.
- m) Dudas o análisis de problemas residuales.
- n) Importancia de seguir practicando las técnicas.

COMENTARIOS

La terapia cognitiva conductual es eficaz en el tratamiento de los pacientes portadores del virus VIH pues aborda los pensamientos distorsionados y en consecuencia trata de enmarcar las conductas perniciosas para la salud, al reforzar el autocuidado, la razonabilidad, la adaptación, el principio de realidad, la resolución de incertidumbre, atacando la inestabilidad, la desesperanza, la preocupación y todos aquellos hábitos que tienden a

estresar más al hombre contemporáneo. En el presente caso, se cumplió con los objetivos pues Víctor es una persona con capacidad de insight y motivado para afrontar su dolencia confiado en que la terapia psicológica mejorará su calidad de vida, como parte del abordaje integral que la medicina actual ofrece a los pacientes con esta problemática.

CONCLUSIONES

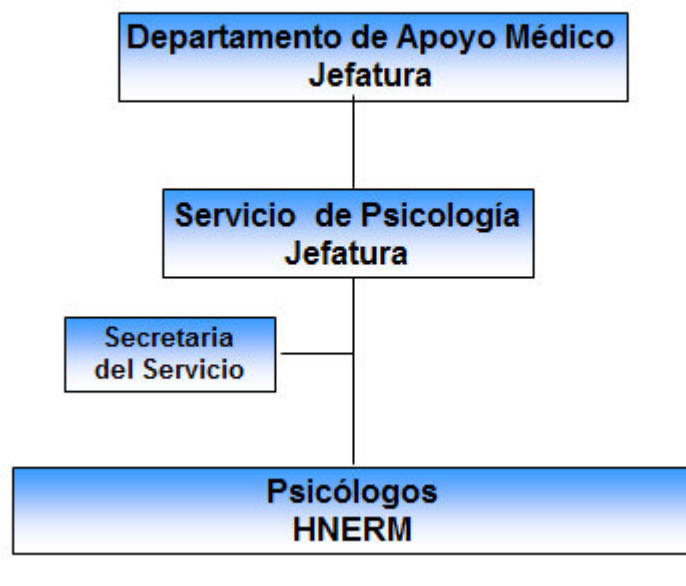
El paciente llegó a eliminar los síntomas de ansiedad y los rasgos depresivos. Sus hábitos mejoraron, no sale de noche y está iniciando actividades tales como caminatas y gimnasio y actualmente tiene una adherencia al tratamiento efectiva evidenciada en sus últimos resultados de TBC, que está negativo y con disminución de la carga viral indetectable

ANEXOS

VII.- ANEXOS

MICROESTRUCTURA DE PSICOLOGÍA EN HNERM

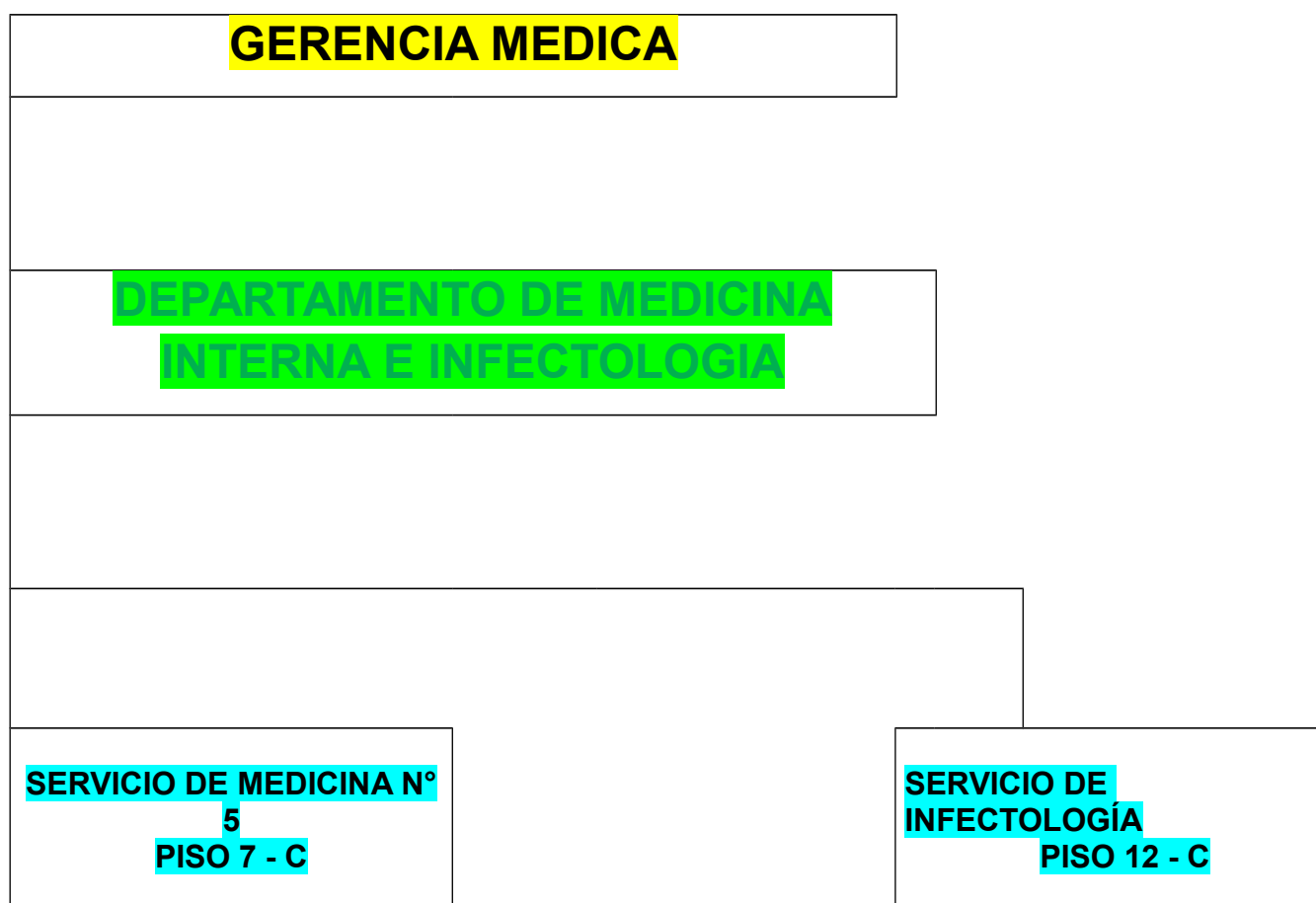
ESTRUCTURA ORGANICA



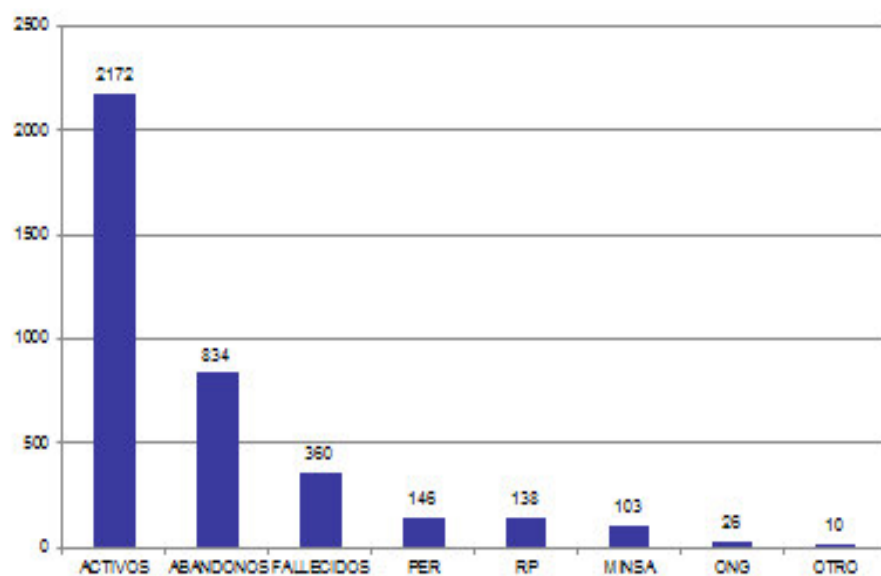
AREAS MEDICAS CON ESPECIALISTAS EN PSICOLOGIA



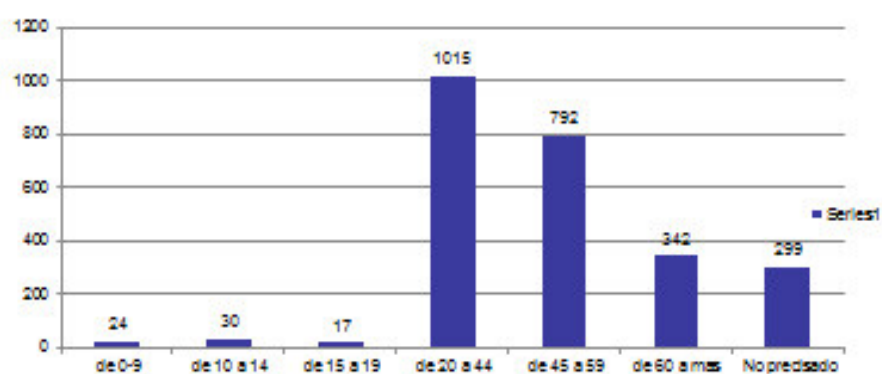
Microestructura de los Servicios de Medicina e Infectología en el HNERM



Situación pacientes VIH/SIDA HNERM 1998-2013

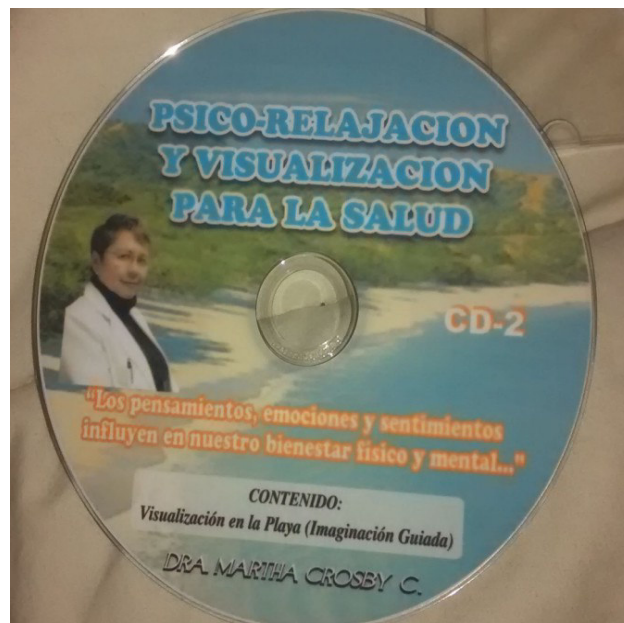


Edades de pacientes VIH/SIDA HNERM 1998-2013



CD DE PSICORELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN





CUESTIONARIO DE VALORACION A LA ADHERENCIA

INSTRUCCIONES

A continuación vas a encontrar una serie de oraciones a las que deseamos contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado.

Cada frase tiene alternativas sobre lo que las personas piensan o creen de sí mismas.

Cada una de dichas frases tiene alternativas "SI" "A VECES" "NO". Tú deberás elegir solo una de esas alternativas y marcar con un aspa (x) la alternativa.

	SI	A VECES	NO
MEDIO SOCIAL			
1. Tienes amigos en quien confiar para que te ayuden a tomar tus antirretrovirales			
2. Con frecuencia, te reúnes con tus amigos, que te apoyan para tomar tus medicamentos			
3. Acudes a reuniones con personas que tienen tu mismo diagnóstico (GAM)			
ASPECTO EMOCIONAL			
4. Te sientes culpable por tu condición de diagnóstico			
5. Sientes que las personas te rechazan por tu diagnóstico			
6. En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado por tu diagnóstico			
ESTILO DE VIDA			
7. Usas preservativos en cada relación sexual			
8. Conciliar el sueño sin dificultad			
9. Se mantiene adecuado al apetito			
10. Considerar que tienes razones para vivir			
11. En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas			
12. Te has planteado metas para tu futuro			
13. El tratamiento te cae mal, por eso has pensado dejarlo.			
14. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos			
15. Asistes a todos tus controles médicos			
MEDIO LABORAL			
16. Actualmente estas trabajando			
17. Puedes tomar los antirretrovirales sin dificultad en el trabajo			
18. Tienes dificultad para tomar tus medicamentos en tu ambiente laboral y por esto te inhibes de hacerlo			
19. Percibes algún tipo de discriminación en tu entorno laboral por tu diagnóstico			
ANTECEDENTES DE SALUD			
20. Algún miembro de la familia presenta alguna dificultad o enfermedad, como trastorno emocional, consumo de drogas o excesivo consumo de alcohol.			
21. Suele presentar comportamiento agresivo desde que conociste tu diagnóstico			
22. Suelen reaccionar violentamente ante las situaciones que ocurren desde que conoces tu diagnóstico			

VIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Amigo I., (1998) *Manual de Psicología de la Salud*, Madrid, Ed. Pirámide, S. A.
2. Antigoni J. (1993) *Manual de atención integral del paciente VIH, SIDA*, Lima, edit. HNERM.
3. Buceta, J. M. ,(2000) *Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud, Madrid, edit. Dykinson*
4. Cohen S., (1998), Psychologic Stress Immunity, and Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 90 Number 1, January 7, pp 3-4.USA, edit. National Cancer Institute.
5. Crosby M., (2002) Intervención Psicoterapéutica en Psiconeuroinmunología, *Revista Científica Paradigmas*, artículo: N° 5-2002- año 5-vol. 3, Lima, Colegio Psicólogos de Perú.
6. Crosby, M., (2005) *Abordaje Psicoterapéutico desde el enfoque Psiconeuroinmune y su influencia en la disminución de síntomas clínicos en pacientes con VIH/SIDA*, Lima, Edit. Hospital E. Rebagliati Martins,
7. Crosby, M, (2011) Psychoneuroimmunology and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) revista FLANC Recuperate in http://issuu.com/flanc/docs/revista_flanc_vol_17
8. EsSalud (2012) *Plan Estratégico Institucional 2012-2016*, Lima Perú. edit. EsSalud
9. Goleman D., (1996) *Emotional Intelligence*, Bs. As, Editorial J. Vergara.
10. León Barúa, R. (1999) Estrés, desórdenes emocionales y enfermedad, *Revista Diagnóstico*, Vol.38 N° 1. Lima, edit. Artes Gráficas R & R Asociados.
11. Leserman J., 2000 Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol progression to AIDS. *Psychol 2000*; 157: 1221-1228.USA, edit National Institute of Mental Health
12. Mc. Ewen B., (1993) *Stress y Metastasis*, USA edit. Archives of Internal Medicine.
13. Meichenbaum D., (1990). *Prevención y reducción del estrés*. Madrid., Ed. Tesoros.

14. Morales F., (1999), *Introducción a la Psicología de la Salud*, Argentina, .Editorial Paidós.
15. O Connor J., (1996), *Programación Neurolingüística para la salud*, Barcelona. Ediciones Urano.
16. Pearsall P., (1998), *La Salud por el Placer*, Madrid. Editorial EDAF, S. A.
17. Plozza L., (1989) *El enfermo psicosomático y su médico práctico*. Suiza, Ediciones Roche.
18. Rook G. Th1-Th2 switch and loss of CD4 cells in chronic infections; an immuno-endocrinological hypothesis not exclusive to VIH. *Immunol. Today* 1997 14:568 recuperado <http://www.sciencedomain.org>
19. Schmidt P., (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*; 338:209-16. Recuperado en <http://www.ama-assn.org/ama/pub/medical-journals.page>
20. Santiago J., (2000) La Psiconeuroinmunoendocrinología como ciencia integradora de las disciplinas de la salud. *Gestión Médica* 198:16-17 Lima-Perú.
21. Slipak, O (1991). Historia y concepto del estrés. Argentina. *Revista Alcmeon* 03: 355-360. Recuperado de <http://www.alcmeon.com.ar/>
22. Valdez Manuel (1998) *El estrés*, Ed. Acento, Madrid.

